

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 1 DE JUNIO


**Del 01 al 05 de
Junio 2020**



1. REUNION COPASST MAYO SEMANA 4 Del 25 AL 29 DE MAYO 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 009 de Junio 2020 Semana 1

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

ACTA N°009 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: Jersalud Tunja, Villavicencio, Yopal					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
	04	06	2020	09:00a.m.	10:30 a.m.
MODERADOR: Julieth Eliana Araque Sosa – 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)					
Karen Emilia Melo González – Jefe administrativa y de talento humano Meta- Secretaria Comité COPASST					
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					



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

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

1. VERIFICACION DEL QUORUM (asistentes)

La secretaria del COPASST (Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) la señorita Aura Cristina Londoño 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 #008 de mayo 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 REALIZARA	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Enviar correo a ARL Positiva para seguimiento de envío	Analista SST	25/05/2020	Jersalud	Evidencia envío correo a ARL	100%	



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

EPP'S						
Actualización plan de trabajo anual	Analistas SST	02/08/2020	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Plan anual de trabajo SST Firmados	100%	
Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID -19	Miembros COPASST Secretaría Comité COPASST	Todos los Viernes durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo con informe de bioseguridad	100%	
Realizar reunión semanal COPASST durante el tiempo que dure la emergencia COVID-19	Analistas SST	Todos los Jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	F(GC) 002 Formato acta de reuniones	100%	

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:

1. ¿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



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

2. ¿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

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

SI

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

SI

5. ¿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

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? *Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir*

SI

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? *Evidencia: Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.*

SI



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

4.3 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 DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Realizar seguimiento a tamizaje material virtual prevención COVID-19 plataforma POSIPEDIA	Asesor ARL Positiva	11/06/2020

4.4 Se realiza consulta con asesor de ARL Positiva la posibilidad de realizar tamizaje para pruebas COVID -19 por parte de la ARL, para lo cual se da respuesta que no está contemplada dentro de las actividades y plan de trabajo por parte de la administradora de riesgos laborales, sin embargo, se realizará consulta a la gerencia de esta. Por parte de los miembros del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo se establece el compromiso de realizar la identificación del personal a los cuales se les puede realizar tamizaje y con qué estrategia se realizaría.

4.5 Por parte de la ARL se establece el compromiso de socialización en cuanto a actualización y manejo de plataforma POSIPEDIA, la cual contiene material de promoción y prevención de riesgos laborales y de manejo en cuanto a COVID-19

4.6 A partir de la fecha se realizará reunión semanal los días jueves los cuales ya fueron programados por medio de calendario aplicativo TEAMS durante el tiempo que dure la emergencia por COVID-19 y se tomará como actas de reunión extraordinaria del Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST.



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

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Establecer estrategias para realizar tamizaje a personal de salud en cuanto a COVID-19	Miembros COPASST	11/06/2020	Jersalud Nacional Boyacá, Meta y Casanare	Acta de reuniones F(GC)002 del día 11/06/2020	
Socialización material plataforma POSIPEDIA	Asesor ARL Positiva	11/06/2020	Jersalud Nacional Boyacá, Meta y Casanare	Acta de reuniones F(GC)002 del día 11/06/2020	
Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID -19	Miembros COPASST Secretaria Comité COPASST	Todos los Viernes durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo con informe de bioseguridad	
Realizar reunión semanal COPASST durante el tiempo que dure la emergencia COVID-19	Analistas SST	Todos los jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	F(GC) 002 Formato acta de reuniones	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA


PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



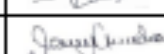


1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Mayo Semana 4
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FIGI012
		Versión: 1
		Oct-18
		T DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 009 de 2020			
FECHA: 04/06/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:30 a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admín y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1062314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

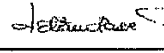

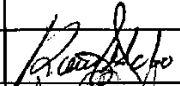


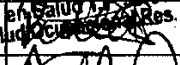

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910333



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 009 de 2020					
FECHA: 04/06/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:30 a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eilana 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 Londofo	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					




Soledad Linares
Ente de Asesoría en Admón
en Salud Pública y
Salud Comunitaria Res. 0656

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 018000910302



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

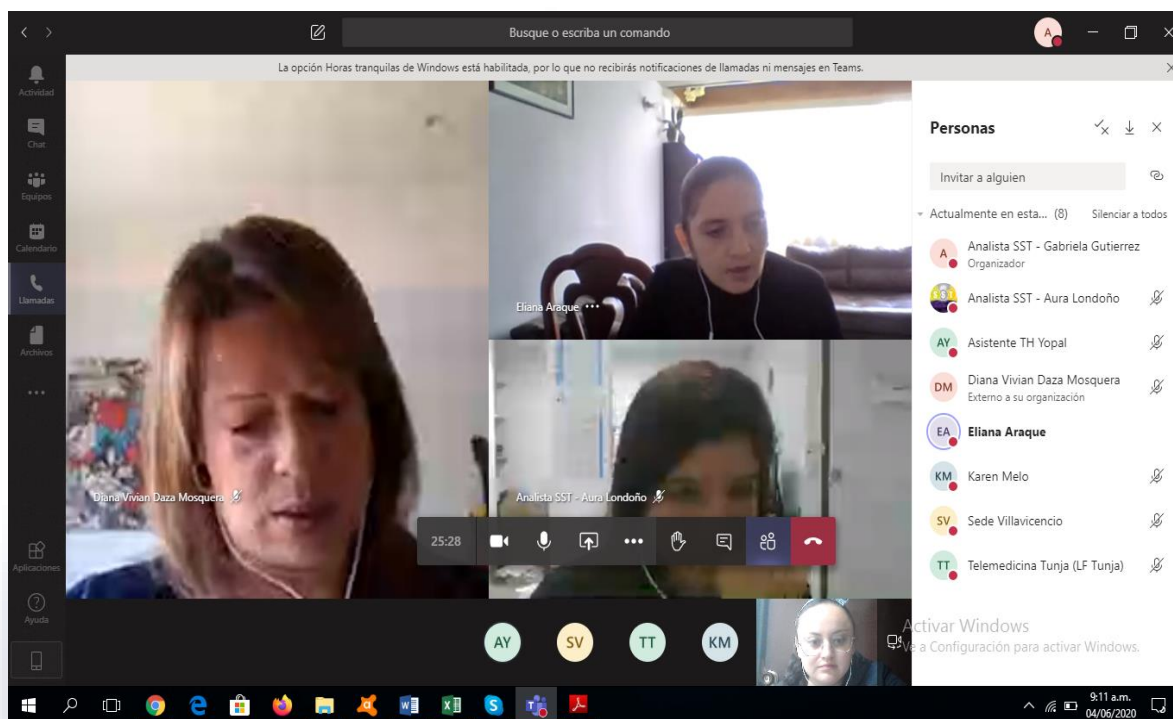
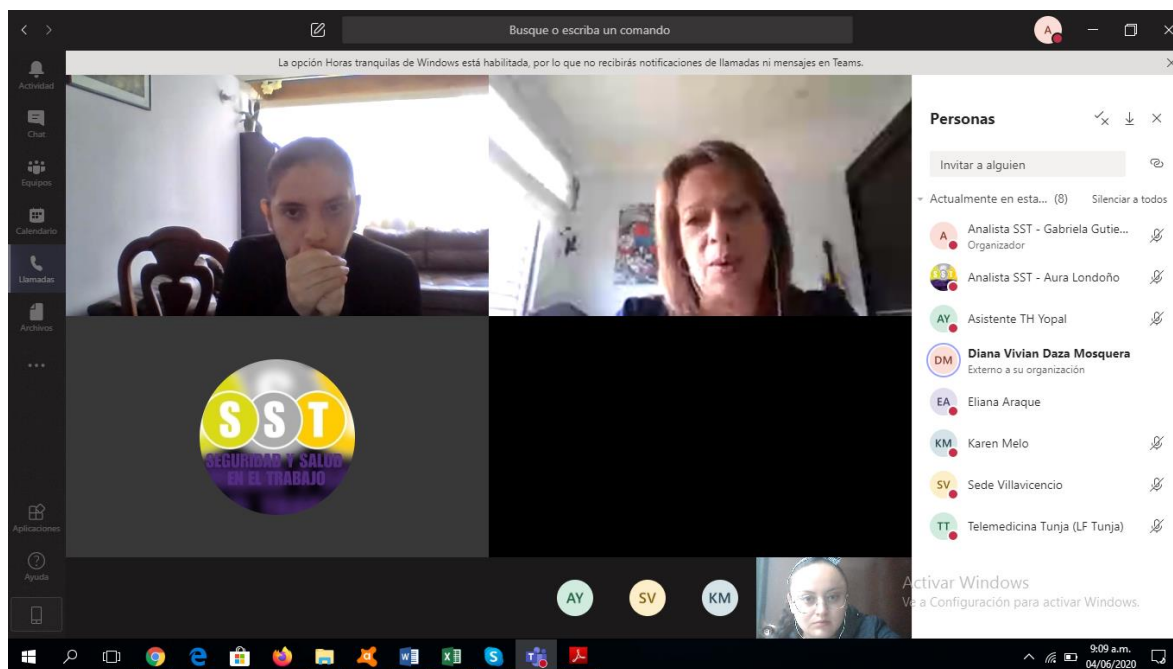
SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 009 de 2020					
FECHA: 04/06/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:30a.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					
18					

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



1.3 Evidencia fotográfica reunión COPASST



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

No.		TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CUIDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID 19
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARGA	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 RONCANO 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	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
19	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONQUIRA	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	33369727	SILVIA HERRERA HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
24	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
25	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
26	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	NALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
27	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
28	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
29	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
30	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
31	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
32	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
33	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
34	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
35	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
36	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
37	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
38	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
39	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
40	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
41	CC	24167247	ANGELA DORELY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
42	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
43	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
44	CC	74369909	CARLOS FRANCISCO ESTUPIÑAN SEPULVEDA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
45	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
46	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
47	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
48	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
49	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
50	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
51	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
52	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
53	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
54	CC	9396880	GIOVANNI FRANCISCO RODRIGUEZ SALAMANCA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
55	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
56	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
57	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
58	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
59	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
60	CC	1057411768	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
61	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
62	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
63	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
64	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
65	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
66	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
67	CC	1090415369	LUZ KARINA SALAZAR GRIALES	NUTRICIONISTA	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO	
68	CC	1049629216	KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO	
69	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO	
70	C.E	5314407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
71	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
72	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
73	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
74	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
75	CC	1057585417	DEISY YAMILA VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
76	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
77	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
78	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	
79	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
80	CC	80258638	JOSE LUIS JIMENEZ PINEDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
81	CC	46377485	ANA ZORAIDA CUSBA NUÑEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
82	CC	1020802850	SANTIAGO ESTEBAN VARGAS GAITAN	MEDICO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
83	CC	33376410	SARA LILIANA NEIRA MERCHAN	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	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	1121926326	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 YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO 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 GONZALEZ 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 CLAVIJO 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 HADIVY	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 Cediel	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	•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	•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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
VIGILADO

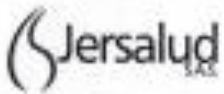


NOMBRE DEL PRODUCTO	
FOTOGRAFÍA	
DESCRIPCIÓN	<i>Producto desechable para uso quirúrgico de tamaño adecuado que cubre la nariz y la boca del usuario con ajuste metálico en la pieza nasal que resguarda de agentes patógenos que transmiten enfermedades durante alguna intervención</i>
NOMBRE COMERCIAL	<i>Tapabocas 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>



3.2 Cotizaciones, órdenes de compra, actas de entrega o Facturas

3.2.1 Actas de entrega Regional Boyacá

	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	FIGA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 6 de 12

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA


UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD CHIQUINQUIRÁ

Hoy, JUNIO 03 DE 2020 yo ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
8	INVENTADOS EN SPRAYADHURE GLASE	ASEO Y CAFETERIA
8	MANIATICA JABON - SABONERAS PLASTICAS	
1	MANEJADORA DE GARRAFAS	
80	BOLLA VERDE PEQUEÑA 50 X 80	
100	BOLLA VERDE PEQUEÑA 50 X 80	
100	BOLLA VERDE MEDIANA 80 X 80	
80	BOLLA VERDE SUPER YARMO 80 X 100	
25	BOLLA AZUL SUPER YARMO 80 X 100	
25	BOLLA VERDE SUPER YARMO 80 X 100	
2	BRILLANTADOR AZUL DESINFECTOR MICROACTIVA 28-0M	
2	WASHES DESINCHABLES PRO ORUGA	
4	DETERGENTE EN POLVO BOLSA 500G X 200G	
2	FOODMIL BLANCO CON HANDBOYAS METALIZADAS PLASTIFICADAS	
5	PAJO BLANCO 1.40CM FULLER	
2	GUANTOS NEGROS CALIBRE 28 TALLA 8 1/2	
2	GUANTOS NEGROS CALIBRE 28 TALLA 9 1/2	
2	LAMPADON DESINFECTANTE ROL FRESH	
8	MECHA TAMPONADA 100% 100%	
2	PAJO MICROBIKIN ADUL	
2	PAJO MICROBIKIN NIÑOS	
8	PAPEL HIGIENICO JUMBO SANITIZO BLANCO	
11	TOALLA DE MANO ROLLO BLANCA	
2	TAPABOCAS ELASTICO 20X10 X 10-10CM	
1	QUEBRAS EN POLVO	
4	AZUCAR SOPA DE LEITE	
1	LECHE EN POLVO-CONDENSADA	
8	BRILLANTADOR AZUL MICROACTIVO 28-0M DESINFECTOR	
4	CAFE INSTANTANEO NEGRO TRADICIONAL	
2	SERVILLETAS SANITIZO	
1	PLATE	
2	PAJO DESINCHABLE - HIGIENICO 100% 100%	
2	DETERGENTE DESINCHABLES 28-0M	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910302



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 7 de 12

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
3	GUARDIAN 2,9 LT	CONSUMO MEDICO Y EPP
3	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	
68	CONDOS PARA OTOSCOPIO	
250	TAPABOCAS CONVENCIONAL	
40	BATAS MANGA LARGA	
300	ISOPAÑIN ANTISEPTICO	
200	TIRA DE GLUCOMETRO CARE SENS- N VOICE	
200	LANCETAS	
300	GUANTES TALLA 5	
100	JERINGA POR 5CM	

Doy fe que el suministro, insumo, equipo, servicio y/o herramientas recibidas, se encuentran acorde con lo pactado, en buen estado, y en normal funcionamiento.


FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


 C.C. 1.052.403.488
 Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGUERO
 Cargo: Asistente Administrativo

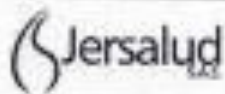
FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


 C.C. 1.053.338.976
 Nombre: LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA
 Cargo: COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


 C.C. 1.049.615.437
 Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA
 Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2016
		Versión: 1
		Páginas: 1 de 12

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA


UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD TUNJA

Hoy, JUNIO 03 DE 2020 yo ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

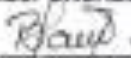
CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
4	AMBIENTADOR EN SPRAY BONAIRE GLADE	ASEO Y CAFETERIA
3	AMBIENTADOR / ELIMINADOR DE OLORES	
2	ALCOHOL	
12	TOALLA DE MANO ROLLO BLANCA	
10	VASO DESECHABLE - AGUA 7.0 ONZ TRASLUCIDO	
1	CARRO BALDE ESCURRIDOR	
272	CONOS DE OTOSCOPIO	CONSUMO MEDICO Y EPP
2	BAJALENGUAS X 500 UNIDADES	
20	SABANAS PARA CAMILLA X 10 UNIDADES	
10	BATAS MANGA LARGA X 10 UNIDADES	
10	TAPABOCAS CONVENCIONAL X 50 UNIDADES	
1000	GUANTES LATEX TALLA S	
1000	GUANTES LATEX TALLA M	
200	LANCETAS	
200	TIRA DE GLUCOMETRO CARE SENS- N VOICE	

Dejo fe que el suministro, insumo, equipo, servicio y/o herramientas recibidas, se encuentran acorde con lo pactado, en buen estado, y en normal funcionamiento.

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


 C.C. 1.052.403.488
 Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO
 Cargo: Asistente Administrativo


FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


 C.C. 23.810.177
 Nombre: BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO
 Cargo: COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


 C.C. 1.049.815.437
 Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA
 Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 4 de 12


SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD SOGAMOSO

Hoy, **JUNIO 03 DE 2020** yo **ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO** hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
2	AZUCAR TUBIPACK RIOPAILA O INCAUCA	ASEO Y CAFETERIA
1	BLANQUEADOR 5% GARRAFA	
50	BOLSA GRIS PEQUEÑA 50 X 60	
50	BOLSA ROJA PEQUEÑA 50 X 60	
100	BOLSA VERDE PEQUEÑA 50 X 60	
100	BOLSA VERDE MEDIANA 60 X 80	
100	BOLSA GRIS MEDIANA 60 X 80	
1	BRILLANTADOR AZUL COMPLETO MICROACTIVA 35 CM	
4	DETERGENTE EN POLVO BOLSA GOLD X 1000	
1	ENVASE CONICO BLANCO 1000 ML	
1	ENVASE CONICO TRANSPARENTE 1000 ML	
2	GUANTES NEGROS CALIBRE 35 TALLA 8 1/2	
1	JABON ANTIBACTERIAL PARA MANOS	
2	JABON EN POLVO ABRASIVO 1A	
1	JABON LAVALOZA LIQUIDO	
2	LIMPIADOR DESINFECTANTE FULL FRESH	
8	PAPEL HIGIENICO JUMBO SANITISU BLANCO	
6	TOALLA DE MANO ROLLO BLANCA	
1	TAPABOCAS ELASTICO	
2	CLEAN BY PEROXY	
2	CAFÉ SELLO ROJO TRADICIONAL	
1	MICROPORE	INSUMO MEDICO Y EPP
68	CONOS PARA OTOSCOPIO	
20	SABANAS PARA CAMILLA	
500	GUANTES LATEX TALLA M	
300	ISOPAÑIN ANTISEPTICO	
5	TAPABOCAS N 95	



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 5 de 12

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



C.C. 1.052.403.488

Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGUERO

Cargo: Asistente Administrativo

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C. 1.049.661.799

Nombre: DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ

Cargo: COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:




C.C. 1.049.615.437

Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA

Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 11 de 12

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA


UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD GUATEQUE

Hoy, JUNIO 03 DE 2020 yo ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION	
1	VASO DESECHABLE - AGUA 7.0 ONZ TRASLUCIDO	ASEO Y CAFETERIA	
3	AROMATICA DE PANELA EN CUBO DOÑA PANELA		
1	BLANQUEADOR 5N GALON		
1	AMBIENTADOR / ELIMINADOR DE OLORES		
3	DETERGENTE EN POLVO BOLSA GOLD X 1000		
1	JABÓN ANTIBACTERIAL PARA MANOS		
1	DETERGENTE DESENGRASANTE 9H38		
2	PALCO BLANCO 1.40 CM FULLER		
1	PAPELERA TAPA PEDAL 20L ROJA		
1	PAÑO MICROFIBRA ROJO NO		
50	BOLSA ROJA PEQUEÑA 50 X 60		
50	BOLSA VERDE PEQUEÑA 50 X 60		
150	TAPABOCAS CONVENCIONAL		CONSUMO MEDICO Y EPP
50	GASAS		
100	ISOPAÑIN ANTISEPTICO		
112	CONOS PARA OTOSCOPIO 102		
2	SOLUCION ESTERIL X 100 CM		
1	HOJAS DE VISURI N° 10 CAJA X 100 UND		
30	SABANAS PARA CAMILLA		
30	BATAS MANGA LARGA		
1	GORROS DESECHABLES TIPO ORUGA PQT X 100 UND		
100	JERINGA POR 5CM		

Doy fe que el suministro, insumo, equipo, servicio y/o herramientas recibidas, se encuentran acorde con lo pactado, en buen estado, y en normal funcionamiento.



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 12 de 12

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



C.C. 1.052.403.488
Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO
Cargo: Asistente Administrativo

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:




C.C. 1.020.752.788
Nombre: DIANA ROCÍO GANTIVA DAZA
Cargo: JEFE DE ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:



C.C. 1.049.615.437
Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA
Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 10 de 12

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD GARAGOA

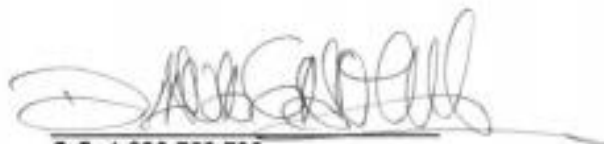
Hoy, **JUNIO 03 DE 2020** yo **ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO** hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
3	AZUCAR RIOPAILA O INCAUCA	ASEO Y CAFETERIA
3	CAFÉ SELLO RDJO TRADICIONAL	
150	TAPABOCAS CONVENCIONAL	CONSUMO MEDICO Y EPP
30	BATAS MANGA LARGA	

Doy fe que el suministro, insumo, equipo, servicio y/o herramientas recibidas, se encuentran acorde con lo pactado, en buen estado, y en normal funcionamiento.

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:

C.C. 1.052.403.488

C.C. 1.020.752.786

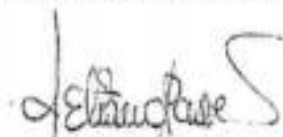
Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGUERO

Nombre: DIANA ROCIO GANTIVA DAZA

Cargo: Asistente Administrativo

Cargo: JEFE DE ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:



C.C. 1.049.615.437

Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA

Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	FIGA/021
		Nov-2018
		Versión 1
		Páginas: 8 de 12

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD MONQUIRÁ

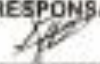
Hoy, JUNIO 03 DE 2020 yo ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

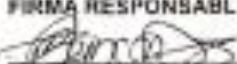
CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
1	AZUCAR RIPIPIA O INCAUCA	ASEO Y CAFETERIA
50	BOLSA ROJA PEQUEÑA 50 X 60	
50	BOLSA VERDE PEQUEÑA 50 X 60	
1	CAFÉ SEUDO ROJO TRADICIONAL	
1	ESCOBA DURA CON MANO METALICO PLASTIFICADO	
1	PORTATAPAFREDO PLASTICO MANCA FULLER	
1	GORROS DESECHABLES TPO GRUJA	
1	JABON AZUL REY	
1	MOPA REPLESTO BRILLADOR 45 CM	
1	TAPABOCAS N 95	
1	VINAGRE	
1	DETERGENTE DESINCRUSTANTE 5LITR	
1	GUANTES TALLA S	
1	QUILUJOER - BALON	
500	LANCETAS	
500	TIRA DE GLUCOMETRO CARE SENS- N VOICE	
500	BARJENILLAS DE MADERA	
10	SABANAS PARA FAMILIA	

Doy fe que el suministro, insumo, equipo, servicio y/o herramientas recibidas, se encuentran acorde con lo pactado, en buen estado, y en normal funcionamiento.

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


C.C. 1.052.403.488
Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO
Cargo: Asistente Administrativo


C.C. 63.529.281
Nombre: IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS
Cargo: JEFE DE ENFERMERIA

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


C.C. 1.049.615.437
Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA
Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 2 de 12

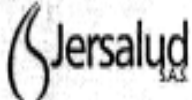
SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD DUITAMA

Hoy, JUNIO 03 DE 2020 yo ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION	
2	AMBIENTADOR EN SPRAY BONAIR ELADE	ASEO Y CAFETERIA	
3	AROMATICA JMBEL - SABORES SURTIDOS		
3	CAFÉ INSTANTANEO MISCAPÉ TRADICIONAL		
150	BOLSA VERDE PEQUEÑA 50 X 80		
100	BOLSA AZUL MEDIANA 60 X 80		
150	BOLSA ROJA PEQUEÑA 50 X 80		
4	NETOLA GATEJO PARA ATOMIZADOR BLANCA GUDTEM		
1	TAPABOCAS ELASTICO		
1	RECOGEDOR BANDA DE CAUCHO Y MANGO PLASTICO		
2	PAJO BLANCO 1.40 CM FULLER		
1	JABON LIXALGUA LIQUIDO		
1	ALCOHOL		
8	LIMPIADOR DESINFECTANTE FULL FRESH		
2	ESCOBA FUMIE CON MANGO METALICO PLASTIFICADO		
1	ESCOBA DURA CON MANGO METALICO PLASTIFICADO		
3	MECHA TRAPEO COPA 500 GR		
2	MECHA TRAPEO PLANA 500 GR		
3	GUANTES ROJOS CALIBRE 35 TALLA 8 1/2		
3	GUANTES NEGROS CALIBRE 35 TALLA 8 1/2		
1	BRILLANTADOR AZUL COMPLETO MICROACTIVA 85 CM		
70	SABANAS PARA CAMILLA		CONSUMO MEDICO Y EPP
300	ERINGA POR SCM		
300	ISOPARÉN ANTISEPTICO		
20	BATIS MANGA LARGA		
250	TAPABOCAS CONVENCIONAL		
2	GUARDIAN 2,5 L"		
1000	BAJALINGUAS		
1	CINTA ALTURA UTERINA		
112	CONOS PARA OTOSCOPIO		
8	CINTA METRICA		
50	GUANTES ESTERILES NUMERO 7,5 - 9"		
500	GUANTES LATEX TALLA S		
300	GUANTES LATEX TALLA M		
4	GEL ANTIBACTERIAL X LITRO		




	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 3 de 12

Doy fe que el suministro, insumo, equipo, servicio y/o herramientas recibidas, se encuentran acorde con lo pactado, en buen estado, y en normal funcionamiento.

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


C.C. 1.052.403.488
Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO
Cargo: Asistente Administrativo


C.C. 1.049.628.122
Nombre: GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA
Cargo: COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


C.C. 1.049.615.437
Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA
Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



3.2.2 Facturas Regional Boyacá

**DISTRIBUIDORA
PROJECTAR SAS**
NIT. 900.668.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763805178468
DE FECHA 2018/06/06 NUMERACIÓN AUTORIZADA
DEL DP 1901 AL DP 1100
NO SOMOS AUTORETENEADORES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ICA 3639 TARIFA 11.4 X 1.800

FACTURA DE VENTA
DP 1036

Linea Médico Quirúrgica - Linea Oficina - linea Aseo - Cafeteria - Publicidad Comercial. ACT. ICA 4761 TARIFA 4.14 x 1.000

SEÑORES: JERSALUD S.A.S. (TUJMA)	
FECHA: 29 DE MAYO DE 2020	CIUDAD: BOGOTÁ
DIRECCIÓN: CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA	TEL: 3124348672
FORMA DE PAGO: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	NIT: 900.622.551-0
FECHA DE VENCIMIENTO: 27 DE AGOSTO DE 2020	

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	LANCETAS MUESTRAS DE SANGRE M/MEDPOINT CAJA X 200 UND	8 ✓	22.005	176.040
	GASA PRECORTADA ESTERIL* 4"X12" (4x12) 4000 por 2 unidades 4"X12	8 ✓	9.585	76.680
	HOJAS DE BISTURI N° 10 CAJA X 100 UND	2 ✓	39.150	78.300
	GORROS DESECHABLES TIPO DRUGA PQT X 100 UNDS. *	3 ✓	18.000	54.000
	JERINGA DESECH. NUBENCO* 5 cc. (tres partes) (entel) Caja* 100 und	3 ✓	31.050	93.150
	APLICADORES DE MADERA CON ALGODÓN PQ X 1000 UNDS	8 ✓	26.750	214.000
	SABANAS PARA CAMILLA PAQUETE X 10 UNDS*	22 ✓	33.800	743.600
	BATA PACIENTE MANGA LARGA PQ X 10 UNDS*	22 ✓	78.500	1.727.000
	CINTA METRICA DISTETRICA (ALTURA UTERINA) DE 50 CM	1 ✓	4.334	4.334
	TAPABOCAS CONVENCIONAL AZUL FAB. NACIONAL UND*	94 ✓	810	76.140
	TAPABOCAS TERMOSELLADO BLANCO FAB. NAC. PQ 950 UND*	79 ✓	65.000	585.000
	TAPABOCAS TERMOSELLADO FAB. NAC. PQ 940 UND*	1 ✓	52.000	52.000
	TAPABOCAS BLANCO 3 CAPAS FAB. NAC. CAJA X30 UND* (PRODUCTOS ENTREN DE IVA)	1 ✓	40.000	40.000

30 MAY 2020
No. FOLIO: 10000 Georgey
RECIBIDO POR: [Signature]

OBSERVACIONES: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	SUB-TOTAL	3.920.244
	LVA	89.808
SON: CUATRO MILLONES DIEZ MIL CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE	TOTAL	4.010.052

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

AUTORIZADO POR:

DISTRIBUIDORA
PROJECTAR SAS
NIT. 900.668.318-3

DECLARO QUE RECIBI SATISFACIDAMENTE
MATERIAL Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FACTURA

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Linea Control Nacional 01800010302



Fecha Impresión: lunes, 01 de junio de 2020 13:53

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

Carrera 49 # 05-54 Barrio La Castellana
 TELEFONOS: (+57) 3187443440
 BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

Fecha: 1/06/2020 1:52:33 p. m.

CUFE: 7e882e6f9e63ee622054700000348a26e78c54e42cebe718779e6e7e3d0
 de29909d6c352373dfec11b23b1b32644

IVA - REGIMEN COMÚN

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLIFICADO E ICA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

FACTURA DE VENTA N° FQE3035



Datos Generales

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 84-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
Detalle: OT. 274 INSUMOS ENVIADOS A JERSALUD TJA DESDE ALMACEN FARMAQX BOGOTÁ 01/06/2020 SOPORTADO CON CORREO	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300101301 - MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS ELASTICO		INVIMA 2009DM- 0004943	27/09/2029	1200	0,00	0,00	\$ 1.208	\$ 1.449.600

VALOR BRUTO:	\$ 1.449.600
IVA:	\$ 0
RETEFUENTE:	\$ 36.240
RETENCIÓN IVA:	\$ 0
RETENCIÓN ICA:	\$ 6.001

VALOR NETO FACTURA: \$ 1.407.359

TOTAL: UN MILLON CUATROCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEIS CIENTOS

SEBOS MICH
Jersalud RADICADO
 02 JUN 2020
 No. FOLIO: *Liana Dosinas*
 RECIBIDO POR: *[Firma]* DE: *[Firma]*

ELABORÓ

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



3.2.2 Orden de compra Regional Meta



**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**
NIT 901.222.681-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 8748246
Neiva - Colombia

Cotización

No. C-1-374

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-06-01

ELABORADA POR SINGO S.A.S. NIT 830.048.145-8

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	W-AG1002	AGUJA HIPODERMICA 18GX1 CAJAX100 UND MARCA WELL	Ver	3.00	6,302.53	22,500.00
2	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	4.00	5,100.00	20,400.00
3	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	Ver	5.00	7,200.00	42,840.00
4	52432	ESPECULO DESECHABLE PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	Ver	10.00	7,100.00	84,490.00
5	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	8.00	22,500.00	180,000.00
6	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 CJX100 UND MEDISPO	Ver	200.00	350.00	70,000.00
7	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	200.00	220.00	44,000.00
8	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	30.00	3,500.00	105,000.00
9	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	Ver	5.00	55,000.00	275,000.00
10	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	2.00	45,000.00	90,000.00
11	EQUI-201120118	ROXICAINA 2% SIMPLE S/EPINEFRINA FCO X 50 ML ROPSHON	Ver	2.00	12,900.00	25,800.00
12	EQ-ROXI	ROXICAINA 2% SIMPLE CON EPINEFRINA FCO X 50 ML ROPSHON	Ver	2.00	16,300.00	32,600.00
13	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	20.00	2,900.00	58,000.00
14	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB130	Ver	20.00	2,100.00	42,000.00
15	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	100.00	20,000.00	2,000,000.00
16	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	170.00	80,000.00	13,600,000.00

Total Bruto 16,668,708.00

Subtotal 16,668,708.00

IVA 19% 23,922.00

Total a Pagar 16,692,630.00





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**
NIT 901.222.681-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 8748246
Neiva - Colombia

Cotización
No. C-1-373

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-06-01

ELABORADA POR SIGO S.A.S. INT 830048 145-8

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	Ver	10.00	950.00	9,500.00
2	MEDI-0039	COMPRESA PRELAVADA ESTERIL 1 SBX5	Ver	2.00	7,500.00	15,000.00
3	MEDIC-0318	COMPRESA ESTRELLA ESTERIL SBX 1MS	Ver	2.00	3,500.00	7,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	5,100.00	5,100.00
5	EQVEMEMA	MACROGOTEO SIN AGUJA MEDISPO 10G	Ver	10.00	1,000.00	10,000.00
6	EQFIX10	FIXOMULL 10 X 10 STRIC UNIDAD CUREBAN ROLLO	Ver	2.00	35,000.00	70,000.00
7	DISZD20160629	GASA ESTERIL 3*3*5 UNIDAD CUREBAND	Ver	960.00	500.00	480,000.00
8	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	21,000.00	105,000.00
9	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 CJX100 UND MEDISPO	Ver	600.00	350.00	210,000.00
10	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	Ver	6.00	34,500.00	207,000.00
11	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	100.00	220.00	22,000.00
12	DISC-1806002	ALGODON EN TORUNDAS LIBRA MK	Ver	1.00	12,000.00	12,000.00
13	MED0217	VENDA DE TELA 4X5 MEDICAL SUPPLIES	Ver	20.00	2,100.00	42,000.00
14	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	Ver	10.00	9,800.00	98,000.00
15	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON MK	Ver	1.00	45,000.00	45,000.00
16	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	Ver	30.00	13,500.00	405,000.00
17	J-1564	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	Ver	30.00	12,500.00	375,000.00
18	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	30.00	2,900.00	87,000.00
19	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	10.00	2,100.00	21,000.00
20	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	Ver	150.00	820.00	123,000.00
21	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	200.00	820.00	164,000.00
22	EQBURE	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	Ver	10.00	3,500.00	35,000.00
23	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	Ver	3.00	14,200.00	50,694.00
24	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	15.00	4,800.00	72,000.00
25	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	15.00	20,000.00	300,000.00
26	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	30.00	63,000.00	1,890,000.00
27	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100]	Ver	5.00	20,000.00	100,000.00
28	OOEXA228	GUANTE VINILO TALLA M CAJA X 100 UNDS	Ver	3.00	24,000.00	72,000.00
29	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA CORTA	Ver	20.00	14,500.00	290,000.00
30	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	Ver	4.00	24,000.00	96,000.00

Total Bruto	5,410,200.00
Subtotal	5,410,200.00
IVA 19%	8,094.00
Total a Pagar	5,418,294.00

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Colombia Nacional: 018000910332

www.jersalud.com



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



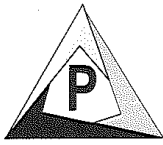
FECHA DE SOLICITUD:		4-jun-20		AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio			
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
3	AGUA HIPOERMICA 18 G X1	A	CAJA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	58	CMC	CAJA X 100	
1	BAJALENGUAS	A	CAJA X 500 UNIDADES	ALMACEN	30004206	41	CMC	BOLSA X 500	
170	BATA QUIRURGICA	A	MANGA LARGA	ALMACEN	30003053	19.100	FARMA	BOLSA X 10	
5	CONDO PARA OTOSCOPIO ADULTO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	30018107	6.890	CMC	BOLSA X 100	
10	CONDOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
4	CURAS REDONDAS	A	CAJA	ALMACEN	30005715	3.500	CMC	CAJA X 100	
11	GORROS	A	BOLSA X 100	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	30005214	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	30005213	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
14	GUARDIAN GRANDE	A	RECOLECTOR	ALMACEN	30001267	2.250	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIAN 2.9LTS	
14	GUARDIAN PEQUEÑO	A	RECOLECTOR	ALMACEN	30001974	1.300	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIANES PEQUEÑOS 03ltros	
2	HOJAS DE BISTURI	A	CAJA	ALMACEN	-	210	CMC	CAJA X 100 - FAVOR ESPECIFICAR CALIBRE DE LA CUCHILLA 10-11-15-20-22	
2	JERINGAS X 10 CC	A	CAJA	ALMACEN	30001080	194	CMC	CAJA X 100	
2	JERINGAS X 5 CC	A	CAJA	ALMACEN	30001079	125	CMC	CAJA X 100	
30	SABANAS	A	80X12	ALMACEN	30001238	4.530	CMC	MEDIDA 2,20 X 87	
9	TAPABOCAS	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	30007361	4.500	CMC	CAJA X 50	
100	TAPABOCAS N65	A	UNIDAD	ALMACEN	30007364	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
5	TRIPS MARCA GLUCOQUICK	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
2	LIDOCAINA AL 2% TAPA VERDE	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
2	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 500ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 100ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
2	GDEX OPA	A	GALON	ALMACEN	30001918	32.000	CMC	GLUTARALDEHIDO (FORMALDEHIDO) (CETRIMIDA GALON X 3750 ml (GLUTAFAR)	
10	GAFAS	A	NA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	

FECHA DE SOLICITUD:		4-jun-20		AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio			
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	30004207	20	CMC	PAQUETE X 1000	
2	COMPRESAS	A	BOLSA	ALMACEN	30001075	1.035	CMC	UNIDAD - GASA PRECORTADA 45x45 COMPRESAS	
1	CURAS REDONDAS	A	CAJA	ALMACEN	30005715	-	CMC	-	
10	EQUIPO MACROGOTEO	A	UNIDAD	ALMACEN	30001064	720	CMC	MACROGOTEO EQUIPO CON SISTEMA LUER LOCK	
2	FMVURT	A	NA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR MEDIDA 10X10 O 5X5	
40	GASAS ESTERIL	A	PAQUETE X 240	ALMACEN	30005074	345	CMC	GASA ESTERIL 7,5X7,5 PAQUETE X 5 UNIDADES	
5	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA S	ALMACEN	30005214	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	30005213	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 7/8 CAJA	ALMACEN	30002047	800	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	30002057	12.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
6	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	30001080	194	CMC	CAJA X 100	
6	JERINGAS X 5 CC CAJA X 20 UNIDADES	A	CAJA	ALMACEN	30001082	575	CMC	CAJA X 100	
1	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	30001079	125	CMC	CAJA X 100	
30	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	30007361	4.500	CMC	CAJA X 50	
15	TAPA BOCAS N65	A	CAJA	ALMACEN	30007364	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
1	TORUNDAS	A	PAQUETE	ALMACEN	30012132	10.896	CMC	PAQUETE X 12 - TORUNDAS X 500 gms PAQUETE	
20	VENDAS ELASTICAS	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR LA MEDIDA (3X5 - 4X5- 5X5 - 6X5)	
1	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	30006764	17.000	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL	
10	JABON QUIRURGICO	A	FRASCO X 120 ml	ALMACEN	30008395	3.345	CMC	CLOREXIDINA DIGLUCONATO + CETRIMIDA X 120 ml Jabon Topica	
30	JABON ANTIBACTERIAL	A	500 ml	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
30	SOLUCION SALINA 0.9% 4500 ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD	
10	SOLUCION SALINA 0.9% 400ml	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD	
200	SONDA NELATON # 8	A	-	ALMACEN	30001026	473	CMC	PAQUETE X 50	
150	SONDA NELATON # 10	A	-	ALMACEN	30001075	473	CMC	PAQUETE X 50	
10	BUPRETIL	A	PAQUETE X 20 UNIDADES	ALMACEN	30001063	2.438	CMC	CAJA X 25	
7	BAJALENGUAS PLASTICO	A	TALLA M	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
15	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	A	-	ALMACEN	30001094	2.738	CMC	-	
20	TRAJE PARA CIRUJA MANO CORTA TALLA M	A	-	ALMACEN	30001490	-	CMC	VESTIDO DESECHABLE CIRUJANO	
20	OVEROL ANTIPLUJOS TALLA M	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
20	TAPABOCAS N65	A	-	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO	
4	BISOP	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
4	MONOGAFAS	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
3	BROMURO DE IPRA TROPID	A	SOLUCION PARA INHALACION	ALMACEN	19982496-01	5267	RAFAEL	IPRA TROPID BROMURO DOSIFICADOR AEROSOL 20 MCG/DOSES/200 DOSES	
10	ISOPOS DE MADERA	A	PAQUETE X 20 UN	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO CON APLICADORES DE ALGODÓN	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01-8000910303
Línea de Consulta Nacional: 01-8000910303



3.2.3 Factura Regional Casanare



**DISTRIBUIDORA
PROYECTAR SAS**

NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763005179468
DE FECHA 2019/09/06 NUMERACION AUTORIZADA
DEL DP 1001 AL DP 1100
NO SOMOS AUTORETENEDORES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ICA 3639 TARIFA 11.4 X 1.000

FACTURA DE VENTA

DP 1033

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

SEÑORES: JERSALUD S.A.S. (YOPAL)		
FECHA: 27 DE MAYO DE 2020	CIUDAD: BOGOTÁ	TEL: 3124348672
DIRECCIÓN: CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA		NIT: 900.622.551-0
FORMA DE PAGO: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	FECHA DE VENCIMIENTO: 25 DE AGOSTO DE 2020	

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	BROCHA PEQUEÑA DE CERDAS SUAVES (LIMPIAR TECLADOS)	2	5.000	10.000
	CABLE ESPIRAL 5/8 DUO ROLLO *20MTS	2	24.000	48.000
	CAJA DE RESALTADORES COLORES SURTIDOS	1	15.000	15.000
	CINTA AUTO- ADHESIVA DEMARCAION DE PISO AMARILLO-NEGRO ROLLO * 33MTR #070x	1	38.000	38000
	CINTA AUTOADHESIVA AMARILLA 48 MM *30 METROS	1	33.750	33.750
	CINTA TRANSPARENTE - 2" ANCHA * 200 MTRS APROX.	1	6.000	6.000
	COLBON LIQUIDO FRASCO x 225 GR	1	5.332	5.332
	ESFERO KILOMETRICO RETRACTIL CAJA *12 NEGRO	1	7.630	7.630
	PAÑO DE MICROFIBRA PARA LIMPIAR PANTALLA SET *3UND	1	10.084	10.084
	PAPEL CARBON NEGRO *100 UNIDADES	1	7.941	7.941
	TAPABOCAS N-95 * 20 UNDS	1	108.000	108.000
	ENVIO PEDIDO / FLETE	1	30.000	30.000

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438645-4 TEL. 3142142993

OBSERVACIONES: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	SUB-TOTAL	319.737
	I.V.A	40.230
SON: TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE	TOTAL	359.967

<p>LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DE C.C.) la mercancía viaja por cuenta de riesgo del comprador. El comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías descritas. En caso de mora en el pago, se causará el 4% de interes mensual. La fecha del vencimiento se tomará a partir de la fecha de remisión. FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DEL PRIMER BENEFICIARIO</p>	<p>AUTORIZADO POR:</p>	<p>DECLARO QUE RECIBI A SATISFACCIÓN LOS MATERIALES Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FACTURA</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>FIRMA Y SELLO DE ACEPTANTE COMPRADOR 28-05-2020 NIT 0 C.C.</p>
--	------------------------	---

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

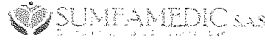
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Linea Casanare Regional - Oficina D.C.
Linea Casanare Regional - Oficina D.C.
VIGILADO

www.jersalud.com



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





SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta

Nº: 2175

Cliente: JERSALUD SAS YOPAL
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 3213965735
Dirección: CLL 40 23 99
Ciudad: Villavieco - Colombia
Correo:

Fecha de factura: 2020-05-26
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización: C-1-353

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50,00	8,500,00	0 %	0 %	425,000,00
2	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	3,00	6,500,00	19 %	0 %	23,205,00
3	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	100,00	183,87	19 %	0 %	19,501,00
4	JEME0003	JERINGA 3P. 3CC C/A 21X 1 1/2	100,00	155,00	19 %	0 %	19,445,00
5	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	1,00	48,000,00	0 %	0 %	48,000,00
6	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	2,00	2,700,00	0 %	0 %	5,400,00
7	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	1,00	26,000,00	0 %	0 %	26,000,00
8	SOL-00675	EUCIDA ADVANCED SPRAY X750ML AMONIO CUARTENARIO	1,00	45,000,00	0 %	0 %	45,000,00
9	I-COND	PRESERVATIVOS X 60 UND	2,00	35,000,00	0 %	0 %	70,000,00
10	AXA3009389	CURAS HANSAPLAST STANDAR TRANSPARENTE	1,00	4,500,00	0 %	0 %	4,500,00

ELABORADA POR SUMFAMEDIC S.A.S. NIT 901222681-7

Valor en Letras:
 Seiscientos ochenta y cinco mil cincuenta y uno pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-07-25 por \$ 685,051.00

Total Bruto: 675,287.00
IVA 19%: 9,764.00
Total a Pagar: 685,051.00

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 18763005579393 aprobado en 20200424 prefiro 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. 901222681-7
 Calle No. 15 - 54 Neiva - Huila
 Elaborado por

[Firma]
 Firma (recibido)
 28-05-2020

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Vigilado



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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sonia Yaneth Ruiz G.	2419746.	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
	Capota	Mostrador de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 06 2020			X	X		X						Tos seca.	
01 08 2020			X	X		X							
02 08 2020			X	X		X							
03 08 2020			X	X		X							
04 08 2020													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sonia Yaneth Ruiz G. identificado (a) con CC: 2419746. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Rafel Camargo Maria 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
	Capota	Mostrador de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 08 20				X									
30 08 20				X									
01 09 20				X									
02 09 20				X									
03 09 20				X									
04 09 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Paula Rafel 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.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Vasquez Moreno Blanca Nubia	23 810 177	C. Ext

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 2020			X										
01 06 2020			X										
02 06 2020			X										
03 06 2020			X										
04 06 2020			X										
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Blanca Nubia Vasquez Identificado (a) con CC: 23 810 177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Jenny Gabriela Gutierrez Martinez	1052914070	Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20				X									
30 05 20				X									
01 06 20				X					X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Gutierrez Martinez Identificado (a) con CC: 1052914070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
<u>Enza Juana Vargas Agüero</u>	<u>1052403488</u>	<u>Administrativa</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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	Polainas		
29 05 20				X					X		N/A	
01 06 20				X					X		N/A	
02 06 20				X					X		N/A	
03 06 20				X					X		N/A	
04 06 20				X					X		N/A	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Enza Juana Vargas Agüero Identificado (a) con CC: 1052403488, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Diego Alejandro Rojas Garza</u>	<u>1019069127</u>	<u>Administrativa</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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	Polainas		
29 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	Bata Nueva	
30 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	
02 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	
03 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	
04 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diego Alejandro Rojas Garza Identificado (a) con CC: 1019069127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Rodriguez Boyaca Maria Cecilia	1.049.625.040	Jersalud Tunja 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guardes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
30 05 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
01 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	Maria Rodriguez
02 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	Maria Rodriguez
03 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	Maria Rodriguez
04 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Cecilia Rodriguez identificado (a) con CC: 1.049.625.040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
FERNANDEZ AFRICANO Claudia Isabel	66361131	C. EXTERNA 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
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guardes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 2020	-	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	Claudia Africano
01 06 2020	-	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	Claudia Africano
02 06 2020	-	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	Claudia Africano
03 06 2020	-	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	Claudia Africano
04 06 2020	-	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	Claudia Africano
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Claudia Isabel Fernandez identificado (a) con CC: 66361131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Correo Nacional: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos Mariana Lucia Pedraza	Cédula 40.017103	Unidad C-Ext con y
---	----------------------------	------------------------------

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
	Capa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		
01 06 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		
02 06 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Pausa debida previa aspiracion desde	
03 06 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	que se quita.	
04 06 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	"	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos ANGELA ZIPA VAEGAS	Cédula 1049647500	Unidad ADMIN 17164700
--	-----------------------------	---------------------------------

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
	Capa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	Para Angela	ANGELA ZIPA
30 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		ANGELA ZIPA
01 JUNO 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		ANGELA ZIPA
02 JUNO 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		ANGELA ZIPA
03 JUNO 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		ANGELA ZIPA
04 JUNO 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		ANGELA ZIPA
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, ANGELA ZIPA VAEGAS 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.

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
Flora Alvariz Monica Paola	1099616557	Cerdena

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	Monopata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		celia
30 05 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		celia
01 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		celia
02 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		celia
03 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		celia
04 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		celia
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Monica Paola Flora Alvariz 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Panny Dávid Alvaro H	40039607	Tanja - C. Ersking

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	Monopata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Dávid Alvaro H
30 05 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-		Dávid Alvaro H
31 05 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-		Dávid Alvaro H
31 05 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-		Dávid Alvaro H
4 06 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-		Dávid Alvaro H
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Panny Dávid Alvaro 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta 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 Mojra Velandia Luz Marina	Cédula 40036857	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
29 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			[Firma]
30 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			[Firma]
1º 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			[Firma]
2º 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X			[Firma]
3º 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			[Firma]
4º 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Luz Marina Mojra Velandia identificado (a) con CC: 40036857, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Heneira Heneira Solaño	Cédula 33.369.727	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
29 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			[Firma]
30 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			[Firma]
01 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			[Firma]
02 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			[Firma]
03 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910333



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

Apellidos y Nombres Completos Torres Acuña Javiera Milena	Cédula 46378245	Unidad E. Externa
---	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20				X		X							
29 05 20				X		X							
01 06 20				X		X							
02 06 20				X		X							
03 06 20				X		X							
04 06 20				X		X							
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Nervo Nestor Soto	Cédula 33376410	Unidad TUNJA
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 2020	X			X									
30 05 2020	X			X									
1 06 2020	X			X		X			X				
2 06 2020	X			X									
3 06 2020	X			X									
4 06 2020	X			X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Soto Nervo identificado (a) con CC: 33376410, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Vargas Gastón Santiago Esteban	4.020'602.650	Convalla 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20	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													
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
Vaca Sanchez Anderson Daru	1054658729	C-Externa Administrativas

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20				X							X		Anderson Vaca
30 05 20				X							X		Anderson Vaca
01 06 20				X							X		Anderson Vaca
02 06 20				X							X		Anderson Vaca
03 06 20				X							X		Anderson Vaca
04 06 20				X							X		Anderson Vaca
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Daru Vaca 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 Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandoz Jofre Marcelo</i>	Cédula <i>23284976</i>	Unidad <i>C. Externa</i>
---	----------------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Jofre</i>
30 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Jofre</i>
01 06 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-		<i>Jofre</i>
02 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Jofre</i>
03 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Jofre</i>
04 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Jofre</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Jofre Marcelo Sandoz* 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>Fosaca Fosaca Juan Arozo</i>	Cédula <i>1180865548</i>	Unidad <i>C. Externa</i>
---	------------------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 05 2020				X									<i>Fosaca</i>
01 06 20				X					X				<i>Fosaca</i>
02 06 20				X									<i>Fosaca</i>
03 06 20				X									<i>Fosaca</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Juan Arozo Fosaca Fosaca* Identificado (a) con CC: *1180865548*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Luz Amparo Ayala Barón	Cédula 40.027.046	Unidad [Empty]
--	-----------------------------	--------------------------

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	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01/05/2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	Teleconsultas	[Signature]
10/06/2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	Teleconsultas	[Signature]
20/06/2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	Primer fabric	[Signature]
30/06/2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	Teleconsultas	[Signature]
40/06/2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	-	-	-	Teleconsultas	[Signature]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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 Joel A. Durán Iguarán	Cédula 12402697	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	Monogafa de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29/05/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Signature]
30/05/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Signature]
01/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Signature]
02/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Signature]
03/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		[Signature]
04/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		[Signature]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Joel Durán Iguarán Identificado (a) con CC: 12402697, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010303
 Línea de Atención al Cliente: 01800010302
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Gerson G.	
01 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Gerson G.	
02 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Gerson G.	
03 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Gerson G.	
04 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Gerson G.	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gerson David Gonzalez R. 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>John Juan José Ewald</u>	Cédula <u>7180163</u>	Unidad <u>C- Educativa</u>
--	--------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		John Juan José Ewald	
01 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		John Juan José Ewald	
02 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		John Juan José Ewald	
03 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		John Juan José Ewald	
04 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		John Juan José Ewald	
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 Juan José Ewald Identificado (a) con CC: 7180163, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Isabel Floren Ayala	Cédula 40038562	Unidad Prestación - C. externa
---	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata 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	-	X	-	-	X	-	-		[Firma]
02/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso de bata desechable	[Firma]
03/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso de bata desechable	[Firma]
04/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso de bata desechable	[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, _____ 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 Suso Susana Nelson Jek	Cédula 72'205029	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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29/05/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
10/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Firma]
12/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
13/06/20	X	-	-	X	-	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, _____ 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: 018000910303
VIGILADO



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
Apellidos y Nombres Completos: <u>RODRIGUEZ RODRIGUEZ LEVIN</u>			Cédula: <u>971336444</u>
Unidad: <u>DUITAMA</u>			1 de 1

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	Monopala de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas ME con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
30 04 2020				✓									
04 05 2020				✓									
06 05 2020	✓			✓									
31 05 2020	✓			✓									
18 06 2020	✓			✓									
20 07 2020	✓			✓									
26 05 2020	✓			✓									
01 06 2020				✓									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, LEVIN RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado (a) con CC: 971336444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: <u>Orlando Götzenberg Pineda</u>			Cédula: <u>91244699</u>
Unidad: <u>Asistencia</u>			1 de 1

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	Monopala de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas ME con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
16 04 2020	X			X									
29 04 2020				X									
11 05 2020	X			X									
18 05 2020	X			X									
26 05 2020	X			X									
01 06 2020	X			X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Orlando Götzenberg Pineda identificado (a) con CC: 91244699, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Fajardo Seneca Angela Dorely</u>	Cédula <u>24167297</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceña	Monoglobo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 04 2020	✓			✓		✓							
11 05 2020	✓			✓		✓						Control tapabocas 5	[Firma]
18 05 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 2	[Firma]
20 05 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 4	[Firma]
28 05 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 3	[Firma]
01 06 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 5	[Firma]
01 06 2020	✓			✓		✓						BATA N°1. 14p ANUR 1	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Angela Dorely Fajardo Seneca 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 <u>Fajardo Seneca Angela Dorely</u>	Cédula <u>1052410687</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
--	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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	
	Ceña	Monoglobo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIE 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]
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, Fajardo Seneca Angela Dorely 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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Nancy Mosallon</u>	Cédula <u>23323920</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Palmas			
13 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								6 tapabocas	
18 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>									
20 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								3 tapabocas	
26 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								5 tapabocas	
02 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								5 tapabocas	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Nancy Mosallon 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 <u>Triana Triana Hiday</u>	Cédula <u>46458143</u>	Unidad <u>Duitama</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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Palmas			
21 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
23 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
25 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
27 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
29 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
04 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			4 Tapabocas	
14 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			5 Tapabocas	
19 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			1 Tapabocas	
20 05 20				<input checked="" type="checkbox"/>								4 Tapabocas	
28 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			3 Tapabocas	
04 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			6 Tapabocas	
DD MM AA													

Yo, Hiday Triana 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 <u>Lina Alejandra Pinzón C.</u>	Cédula <u>1049632618</u>	Unidad <u>Jersalud.</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
	Cota	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 05 20	f			x							4 tapabocas.	Lina Pinzon
09 06 20				x							5 tapabocas	Lina Pinzon
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Lina 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 <u>ACELO MARTINEZ OJANA PATRICIA</u>	Cédula <u>96986242</u>	Unidad <u>JERSALUD DOMINICA</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
	Cota	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 05 20				x								OJANA ACELO
30 05 20				x								OJANA ACELO
5 06 20				x								OJANA ACELO
7 06 20				x								OJANA ACELO
11 06 20				x							5 tapabocas	OJANA ACELO
18 06 20				x							6 tapabocas 1 bata	OJANA ACELO
26 06 20				x							1 tapabocas 1 bata	OJANA ACELO
29 06 20				x							3 tapabocas	OJANA ACELO
04 07 20				x							1 bata y 6 tapabocas	OJANA ACELO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, OJANA PATRICIA ACELO Identificado (a) con CC: 96986242, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Lina M Araque</u>	Cédula <u>46672428</u>	Unidad <u>Administrativa</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. 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 estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Colla	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 04 20	X			X										
30 04 20				X										
11 05 20	X			X										
12 05 20				X										
13 05 20				X										
14 05 20				X										
15 05 20				X										
16 05 20				X										
18 05 20	X			X							X	5 Tapabocas		Lina M.
26 05 20	X			X							X	5 Tapabocas		Lina M.
1 06 20	X			X							X	5 Tapabocas		Lina M.
DD	MM	AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>BERNARD AELLA OMAR MARCELA</u>	Cédula <u>1058608206</u>	Unidad <u>REFALDO QUITAMA</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. 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 estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Colla	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
01 06 20				X							X	5 Tapabocas, 1 BATA		OMAR
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, OMAR BERNARD, identificado (a) con CC: 1058608206, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0800019333



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Estuprón Scltrud Carlo Francis</i>	Cédula <i>29369909</i>	Unidad <i>Dnt</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	Mangafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas desechable N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Protector			
07 07 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			2 Bata 1 Bata - 7 goro	<i>Carlo Francis Estuprón</i>
11 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>								6 Torken	<i>Carlo Francis Estuprón</i>
19 07 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			1 Bata 1 Bata 2 1 cofia	<i>Carlo Francis Estuprón</i>
28 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>								4 Torken	<i>Carlo Francis Estuprón</i>
28 07 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			4 Tapabocas 1 cofia 1 Bata	<i>Carlo Francis Estuprón</i>
02 08 2020	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			1 cofia, 5 Bata, 1 Bata	<i>Carlo Francis Estuprón</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Carlo Francis Estuprón identificado (a) con CC: 29369909, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Arendas Fajalberto Gloria Isabel</i>	Cédula <i>1049628122</i>	Unidad <i>Auxiliar</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	Mangafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas desechable N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Protector			
26 08 2020	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			Tapabocas 41102471900	<i>Gloria Isabel Arendas</i>
01 08 2020	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			Tapabocas 51102471900	<i>Gloria Isabel Arendas</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, Gloria Isabel Arendas identificado (a) con CC: 1049628122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
 www.supersalud.gov.co



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jimenez Pineda José Luis</u>	Cédula <u>80 258 638</u>	Unidad <u>Jersalud Quitandía</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, se estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06/09/20				X							3 tapabocas desechables	José Luis Jimenez
30/04/20									X		1 bata desechable	José Luis Jimenez
06/09/20	X										1 cofia desechable	José Luis Jimenez
11/05/20				X					X		6 tapabocas, 1 bata	José Luis Jimenez
18/05/20	X			X					X		5 tapabocas, 1 bata, 1 cofia	José Luis Jimenez
28/05/20	X			X					X		3 tapabocas, 1 bata, 1 cofia	José Luis Jimenez
06/09/20				X							5 tapabocas, 1 bata y 1 cofia	José Luis Jimenez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, José Luis Jimenez Pineda identificado (a) con CC: 80 258 638, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>David Pinzon</u>	Cédula <u>80156030</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	---------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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, se estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23/06/20				X					X		2 tapabocas	David Pinzon
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, David Pinzon identificado (a) con CC: 80156030, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sojamoso

	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	Sojamoso								
<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 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.</p>												
Elementos De Protección Personal												
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliaina	Observaciones	Firma
26 05 20				X					X		EPP	[Firma]
07 06 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, _____ por _____ 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								
Malaver Alejandra Sandra			46672546	Sojamoso								
<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 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.</p>												
Elementos De Protección Personal												
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliaina	Observaciones	Firma
26 05 20				X					X		Elemento EPP	[Firma]
07 06 20				X					X		Elemento EPP	[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, <u>Sandra Malaver A</u> identificado (a) con CC: <u>46 672 546</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.												

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
Ana Zoraida Osba Nunez	46.377 485	Sagamora

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
	Cable	Monogafio de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 2020				X								[Firma]
07 06 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, Ana Zoraida Osba N Identificado (a) con CC: 46.377 485, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Ana Romero	46366015	Sagamora

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
	Cable	Monogafio de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X			[Firma]
07 06 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, 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
 Linea Control Nacional: 0800091033
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	105752547	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	
	Cofre	Monopie 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								elementos de epp	
01 06 20				X								elementos de 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													

Yo, Deisy Vargas Barera identificado (a) con CC: 105752547, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Cesar Lopez 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	
	Cofre	Monopie 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								elementos de epp	
01 06 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, Cesar Lopez Cesar 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 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 HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	Cédula 1049631798	Unidad SOCOMASO CEXTERNA
--	-----------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cinta	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliuretano					
26 05 20				X								X		elementos de epp	DEISY HERNANDEZ
01 06 20				X								X			DEISY HERNANDEZ
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Deisy 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.

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

Apellidos y Nombres Completos BERAUDEZ P. MARCELA CONSTANZA	Cédula 46370222	Unidad SOG
---	---------------------------	----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cinta	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliuretano					
26 05 20				X								X		elementos de epp	MARCELA BERAUDEZ
01 06 20				X								X			MARCELA BERAUDEZ
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, Nancy Constanza Beraudez Identificado (a) con CC: 46370222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea de Consulta 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 Sebastian Rivera (herno)	Cédula 1049614080	Unidad Soqumoso
--	-----------------------------	---------------------------

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	
	Cable	Monografía de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas ME con velcro	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20		X		X							X	Elementos de EPP	[Firma]
01 06 20		X		X							X	elementos de epp	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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.

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

Apellidos y Nombres Completos Edida de aguas	Cédula 32775986	Unidad Soqumoso
--	---------------------------	---------------------------

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	
	Cable	Monografía de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas ME con velcro	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	Epp.	[Firma]
01 06 20				X							X	epp	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800091030

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
Gloria Jackelin Ballesteros S	4073380B36	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cebs	Monogafete de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 2020	Y			Y								Jackelin Ballesteros
02 06 2020				Y								Jackelin Ballesteros
03 06 2020				Y								Jackelin Ballesteros
04 06 2020				Y								Jackelin Ballesteros
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
Erika Saucedo	4082896913	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cebs	Monogafete de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 2020	Y			Y								Erika S.
02 06 2020				Y								Erika S.
03 06 2020				Y								Erika S.
04 06 2020				Y								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												

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Leidy Diana Burtrago Sanabria	1053338976	Chiquinquira

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	Monopala de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polizas				
01 06 2020	✓			✓							✓			[Handwritten signature]
02 06 2020				✓										
03 06 2020				✓										
04 06 2020				✓										
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
Melissa Cardenas	1053348819	Chiquinquira

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	Monopala de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polizas				
01 06 2020	✓			✓							✓			Melissa C
02 06 2020				✓										Melissa C
03 06 2020				✓										Melissa C
04 06 2020				✓										Melissa C
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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
Juliana Suarez	1053348179	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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	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 2020	X			X								
02 06 2020				X								
03 06 2020				X								
04 06 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												

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
Shirley Boncancio	10533410626	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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	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 2020	X			X					X			
02 06 2020				X								
03 06 2020				X								
04 06 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monogafa de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No3 con válvula	Gautes de lãax	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
01 06 20				X								
02 06 20				X								
03 06 20				X								
04 06 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Marcela Sofia 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.

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

Apellidos y 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monogafa de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No3 con válvula	Gautes de lãax	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
01 06 20				X					X			
02 06 20				X								
03 06 20				X								
04 06 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Leidy Yasmyth 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.

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
GARCIA ARIAS DEISY JANETH	53081059	MONQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 06 20				X							X		Deisy Garcia
02 06 20				X									Deisy Garcia
03 06 20				X									Deisy Garcia
04 06 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	63529281	MONQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 06 20													<i>[Signature]</i>
02 06 20													<i>[Signature]</i>
03 06 20													<i>[Signature]</i>
04 06 20													<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, Ivonne Andrea Blanco Arenas identificado (a) con CC: 63529281, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

		RECIBE: FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1								
Apellidos y Nombres Completos <u>Carredo Aroldo Fanny</u>		Cédula <u>33616330</u>		Unidad <u>Garagoa</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	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poletinas		
01/06/20	X	X	X	X		X			X	X		Fanny C
02/06/20	X	X	X	X		X			X	X		Fanny C
03/06/20	X	X	X	X		X			X	X		Fanny C
04/06/20	X	X	X	X		X			X	X		Fanny 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, <u>Fanny Marlene Carredo Aroldo</u> identificado (a) con CC: <u>33616330</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.												

		RECIBE: FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1								
Apellidos y Nombres Completos <u>Carredo Dora Dora</u>		Cédula <u>102092786</u>		Unidad <u>Garagoa</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	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poletinas		
01/06/20	X	X		X		X			X			Dora Dora
02/06/20	X	X		X		X			X			Dora Dora
03/06/20	X	X		X		X			X			Dora Dora
04/06/20	X	X		X		X			X			Dora Dora
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, <u>Dora Dora Carredo</u> identificado (a) con CC: <u>102092786</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.												

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Camelo Suarez Mery</u>	Cédula <u>33676746</u>	Unidad <u>Gaia900</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
	Coifa	Monogafa de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
01/06/20	X			X									
02/06/20	X			X									
03/06/20	X			X									
04/06/20	X			X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Dominquez Armando</u>	Cédula <u>531407</u>	Unidad <u>Gaia900</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
	Coifa	Monogafa de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
01/06/20	X	X		X	X		X				X		
02/06/20	X	X		X	X		X				X		
03/06/20	X	X		X	X		X				X		
04/06/20	X	X		X	X		X				X		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Armando I. Dominquez 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.



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			Cédula		Unidad							
Nirineh Daniela Castro M.			109999152									
<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 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.</p>												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Puñales		
29 05 2020	X	X	X	X	X	X			X			Nirineh Castro
30 05 2020	X	X	X	X	X	X			X			Nirineh Castro
01 06 2020	X	X	X	X	X	X			X			Nirineh Castro
02 06 2020	X	X	X	X	X	X			X			Nirineh Castro
03 06 2020	X	X	X	X	X	X			X			Nirineh Castro
04 06 2020	X	X	X	X	X	X			X			Nirineh Castro
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
<p>Yo, <u>Nirineh Daniela Castro M.</u> identificado (a) con CC: <u>109999152</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							
Yoly Marcela Muñoz Romero			104182587		Administrativa							
<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 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.</p>												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Puñales		
29 05 20	X			X					X			Yoly Muñoz
01 06 20	X			X					X			Yoly Muñoz
02 06 20	X			X					X			Yoly Muñoz
03 06 20	X			X					X			Yoly Muñoz
04 06 20	X			X					X			Yoly Muñoz
DD MM AA												Yoly Muñoz
DD MM AA												Y.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
<p>Yo, <u>Yoly Marcela Muñoz R</u> identificado (a) con CC: <u>104182587</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
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - Sede Guateque
 Calle Central Nacional, 01000010303
 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
PUPO MORENO MELISSA	1045725743	Asistencia

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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
29 06 20			X	X		X			X			<i>Melissa Pupo</i>
1 06 20			X	X		X			X			<i>Melissa Pupo</i>
2 06 20			X	X		X			X			<i>Melissa Pupo</i>
3 06 20			X	X		X			X			<i>Melissa Pupo</i>
4 06 20			X	X		X			X			<i>Melissa Pupo</i>
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: 1045725743, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033											
			Versión: 3											
			ago-19											
			1 de 1											
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad											
KAREN YESENIA FRANCO VARGAS		1057411768	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ											
<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. 582 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.</p>														
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
25	6	2020					1							KAREN FRANCO
1	6	2020					1							KAREN FRANCO
2	6	2020	1				1				1			KAREN FRANCO
2	6	2020					1							KAREN FRANCO
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, <u>Karen Yesenia Franco Vargas</u> identificado (a) con CC: <u>1057411768</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.														

	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											
<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 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.</p>														
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28	5	2020												<i>[Signature]</i>
28	5	2020												<i>[Signature]</i>
1	6	2020												<i>[Signature]</i>
2	6	2020												<i>[Signature]</i>
2	6	2020												<i>[Signature]</i>
4	6	2020	1								1			<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, _____ identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.														

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303



	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	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29				1									<i>Alix Acevedo</i>
1				1									<i>Alix Acevedo</i>
2				1					1				<i>Alix Acevedo</i>
3	1			1									<i>Alix Acevedo</i>
4				1									<i>Alix Acevedo</i>
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 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	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29				1			2			1			<i>Flor Serrano</i>
30				1									<i>Flor Serrano</i>
1	1			1									<i>Flor Serrano</i>
2				1									<i>Flor Serrano</i>
3				1									<i>Flor Serrano</i>
4				1						1			<i>Flor Serrano</i>
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

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



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		
<i>Darwin Miguel Gomez Leon</i>			<i>1121829779</i>			<i>Asistencial</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 2.2.4.5.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	6	2020	X	X		X	X				X	Kit en consultorio	<i>Darwin</i>	
2	6	2020	X	X		X	X				X	Kit en consultorio	<i>Darwin</i>	
3	6	2020	X	X		X	X				X	Kit en consultorio	<i>Darwin</i>	
4	6	2020	X	X		X	X				X	Kit en consultorio	<i>Darwin</i>	
5	6	2020	X	X		X	X				X	Kit en consultorio	<i>Darwin</i>	
6	6	2020	X	X		X	X				X	Kit en consultorio	<i>Darwin</i>	
7	6	2020												
8	6	2020												
9	6	2020												
10	6	2020												
11	6	2020												
12	6	2020												
13	6	2020												
14	6	2020												
15	6	2020												

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL							F(GTH)033
								Versión: 3
								ago-19
							1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad		
<i>Angelica Lanchaga Diaz</i>			<i>40325318</i>			<i>Asistencial</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 2.2.4.5.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	6	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	<i>Angelica Lanchaga Diaz</i>
2	6	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	<i>Angelica Lanchaga Diaz</i>
3	6	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	<i>Angelica Lanchaga Diaz</i>
4	6	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	<i>Angelica Lanchaga Diaz</i>
5	6	2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	<i>Angelica Lanchaga Diaz</i>
6	6	2020												
7	6	2020												
8	6	2020												
9	6	2020												
10	6	2020												
11	6	2020												
12	6	2020												
13	6	2020												
14	6	2020												
15	6	2020												

Yo, Angelica Lanchaga Diaz identificado (a) con CC: 40325318, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
<u>July Carlina Rojas Herrera</u>	<u>40326034</u>	<u>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.

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	6	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2.	
2	6	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2.	
3	6	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2.	
4	6	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2.	
5	6	2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2.	
6	6	2020											
7	6	2020											
8	6	2020											
9	6	2020											
10	6	2020											
11	6	2020											
12	6	2020											
13	6	2020											
14	6	2020											
15	6	2020											

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

	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>Arango Gonne Karina</u>	<u>40331099</u>	<u>Asistencial</u>

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

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	6	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	Consulta Actual		
2	6	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	Consulta actual		
3	6	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	Consulta actual		
4	6	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	consulta actual		
5	6	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	consulta actual		
6	6	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	consulta actual		
7	6	2020											
8	6	2020											
9	6	2020											
10	6	2020											
11	6	2020											
12	6	2020											
13	6	2020											
14	6	2020											
15	6	2020											

Yo, karina Arango identificado (a) con CC: 40331099, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 <u>Cordoba Dussán Juvenna Letet</u>	Cédula <u>35263051</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	----------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
1	6	2020	X	X	X	X	X	X	X	X		Et Consultorio - Et Consultorio Et Consultorio	
2	6	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
3	6	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
4	6	2020											
5	6	2020											
6	6	2020											
7	6	2020											
8	6	2020											
9	6	2020											
10	6	2020											
11	6	2020											
12	6	2020											
13	6	2020											
14	6	2020											
15	6	2020											

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Bianca Licarvajal Moreno</u>	Cédula <u>35262590</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	----------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
1	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6	6	2020										
7	6	2020										
8	6	2020										
9	6	2020										
10	6	2020										
11	6	2020										
12	6	2020										
13	6	2020										
14	6	2020										
15	6	2020										

Yo, Bianca Licarvajal Moreno Identificado (a) con CC: 35262590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
		Version: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Diego Bocanegra	Cédula 1107054334	Unidad 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
	Cable	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 6 2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-			Diego Bocanegra
2 6 2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-			Diego Bocanegra
3 6 2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-			Diego Bocanegra
4 6 2020													
5 6 2020													
6 6 2020													
7 6 2020													
8 6 2020													
9 6 2020													
10 6 2020													
11 6 2020													
12 6 2020													
13 6 2020													
14 6 2020													
15 6 2020													

Yo, Diego Bocanegra 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Jose Reneo Ramirez	Cédula 86080094	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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cable	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 6 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓				
2 6 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓				
3 6 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓				
4 6 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓				
5 6 2020													
6 6 2020													
7 6 2020													
8 6 2020													
9 6 2020													
10 6 2020													
11 6 2020													
12 6 2020													
13 6 2020													
14 6 2020													
15 6 2020													

Yo, Jose Reneo Ramirez identificado (a) con CC: 86080094 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Roa Forero Aura Milena	Cédula 1.121.898.957	Unidad 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	Monogüta de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas						
1	6	2020	X	X	X											
2	6	2020	X	X	X											
3	6	2020	X	X	X											
4	6	2020	X	X	X											
5	6	2020	X	X	X											
6	6	2020														
7	6	2020														
8	6	2020														
9	6	2020														
10	6	2020														
11	6	2020														
12	6	2020														
13	6	2020														
14	6	2020														
15	6	2020														

Yo, Aura Milena Roa Forero identificado (a) con CC: 1.121.898.957, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Tulibila Carrascal Paola	Cédula 1.121.926.326	Unidad 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	Monogüta de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas						
1	6	2020	X	X	X	X										
2	6	2020	X	X	X	X										
3	6	2020	X	X	X	X										
4	6	2020	X	X	X	X										
5	6	2020	X	X	X	X										
6	6	2020														
7	6	2020														
8	6	2020														
9	6	2020														
10	6	2020														
11	6	2020														
12	6	2020														
13	6	2020														
14	6	2020														
15	6	2020														

Yo, Paola Tulibila Carrascal identificado (a) con CC: 1.121.926.326, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Guerrero S. César A.	Cédula 1082774101	Unidad Com. 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. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
1	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	6	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4	6	2020											
5	6	2020											
6	6	2020											
7	6	2020											
8	6	2020											
9	6	2020											
10	6	2020											
11	6	2020											
12	6	2020											
13	6	2020											
14	6	2020											
15	6	2020											

Yo, César A. Guerrero identificado (a) con CC: 1082774101 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Camilo Puentes	Cédula 1010182835	Unidad 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	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
1	6	2020	X	X		X							
2	6	2020	X	X		X							Kit consultorio
3	6	2020	X	X		X							" "
4	6	2020	X	X		X							" "
5	6	2020											
6	6	2020											
7	6	2020											
8	6	2020											
9	6	2020											
10	6	2020											
11	6	2020											
12	6	2020											
13	6	2020											
14	6	2020											
15	6	2020											

Yo, Juan Camilo Puentes identificado (a) con CC: 1010182835 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
<u>Yamile Salvaga</u>	<u>40.392.862</u>	<u>asistencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajillas		
1 6 2020	X	X		X		X			X		Kit con kitario	
2 6 2020	X	X		X		X			X		Kit con kitario	
3 6 2020	X	X		X		X			X			
4 6 2020												
5 6 2020												
6 6 2020												
7 6 2020												
8 6 2020												
9 6 2020												
10 6 2020												
11 6 2020												
12 6 2020												
13 6 2020												
14 6 2020												
15 6 2020												

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

	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>Yoly Beltrán</u>	<u>40218844</u>	<u>asistencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajillas		
1 6 2020	X	X		X								
2 6 2020	X	X		X								
3 6 2020	X	X		X								
4 6 2020	X	X		X								
5 6 2020												
6 6 2020												
7 6 2020												
8 6 2020												
9 6 2020												
10 6 2020												
11 6 2020												
12 6 2020												
13 6 2020												
14 6 2020												
15 6 2020												

Yo, Yoly Beltrán Identificado (a) con CC: 40218844, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Atención al Ciudadano: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos Sandra Varela	Cédula 40.340.723	Unidad Administrativo
---	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 586 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 desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
1	6	2020	X	X		X								
2	6	2020	X	X		X								
3	6	2020	X	X		X								
4	6	2020	X	X		X								
5	6	2020												
6	6	2020												
7	6	2020												
8	6	2020												
9	6	2020												
10	6	2020												
11	6	2020												
12	6	2020												
13	6	2020												
14	6	2020												
15	6	2020												

Yo, Sandra Varela Identificado (a) con CC: 40.340.723, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Claudia Garzon	Cédula 40.398.099	Unidad Administrativo
--	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 586 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 desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
1	6	2020												
2	6	2020	X	X		X								
3	6	2020												
4	6	2020												
5	6	2020												
6	6	2020												
7	6	2020												
8	6	2020												
9	6	2020												
10	6	2020												
11	6	2020												
12	6	2020												
13	6	2020												
14	6	2020												
15	6	2020												

Yo, Claudia Garzon Identificado (a) con CC: 40.398.099, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
		Version: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>María E. Navarro</u>	Cédula <u>1121838406</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
1	6	2020	X	X		X									
2	6	2020	X	X		X									
3	6	2020													
4	6	2020													
5	6	2020													
6	6	2020													
7	6	2020													
8	6	2020													
9	6	2020													
10	6	2020													
11	6	2020													
12	6	2020													
13	6	2020													
14	6	2020													
15	6	2020													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Rey Rodríguez Adriana Lorena</u>	Cédula <u>L.019.071.191</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	---------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
1	6	2020													
2	6	2020													
3	6	2020													
4	6	2020	X			X									
5	6	2020	X			X									
6	6	2020													
7	6	2020													
8	6	2020													
9	6	2020													
10	6	2020													
11	6	2020													
12	6	2020													
13	6	2020													
14	6	2020													
15	6	2020													

Yo, Adriana Rey Rodríguez Identificado (a) con CC: L.019.071.191 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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, 010000190303
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 Martha Rodríguez	Cédula 	Unidad 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	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
23 05 20				✓								Martha Rodríguez
25 05 20				✓								Martha Rodríguez
26 05 20			✓	✓						✓		Martha Rodríguez
27 05 20				✓								Martha Rodríguez
28 05 20				✓								Martha Rodríguez
29 05 20				X								Martha Rodríguez
01 06 20				X								Martha Rodríguez
02 06 20				X								Martha Rodríguez
03 06 20				X								Martha Rodríguez
04 06 20			X	X						X		Martha Rodríguez

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

Apellidos y Nombres Completos Liliana Rojas	Cédula 48920493	Unidad Jersalud Pto Gaitán
---	---------------------------	--------------------------------------

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	Poininas		
23 05 20				X								Liliana Rojas
25 05 20				X								Liliana Rojas
26 05 20				X								Liliana Rojas
27 05 20				X								Liliana Rojas
28 05 20				✓								Liliana Rojas
29 05 20				X								Liliana Rojas
01 06 20				X								Liliana Rojas
02 06 20				X								Liliana Rojas
03 06 20				X								Liliana Rojas
04 06 20				X								Liliana Rojas



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

Apellidos y Nombres Completos Daudra Patricio	Cédula 1043000119	Unidad Jersalud Pro Carbon
---	-----------------------------	--------------------------------------

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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23 05 20				X									Daudra
25 05 20				X									Daudra
26 05 20				X									Daudra
27 05 20				X									Daudra
28 05 20				X									Daudra
29 05 20				X									Daudra
01 06 20				X									Daudra
02 06 20				X									Daudra
03 06 20				X									Daudra
04 06 20				X									Daudra

4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

	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	Cédula 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. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2 6 2020				X									Rosell
3 6 2020				X									Rosell
4 6 2020				X									Rosell
5 6 2020				X									Rosell
6 6 2020													
3 6 2020													
9 6 2020													
10 6 2020													
11 6 2020													
12 6 2020													
15 6 2020													
16 6 2020													
17 6 2020													
18 6 2020													
19 6 2020													
20 6 2020													
22 6 2020													
23 6 2020													
24 6 2020													
25 6 2020													
26 6 2020													
29 6 2020													
30 6 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 Correo Nacional: 0180001910332
VIGILADO



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

Nombre y Apellidos completo 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. 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 6, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha <i>(DD/MM/AA)</i>	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Corda	Mascarilla de seguridad	Caja de desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Pelotas		
2 6 2020		X		X		X			X		Se entregó Bot. Higiene Corda.	
3 6 2020		X		X		X			X			
4 6 2020		X		X		X			X			
5 6 2020												
6 6 2020												
8 6 2020												
9 6 2020												
10 6 2020												
11 6 2020												
12 6 2020												
15 6 2020												
16 6 2020												
17 6 2020												
18 6 2020												
19 6 2020												
20 6 2020												
22 6 2020												
23 6 2020												
24 6 2020												
25 6 2020												
26 6 2020												
29 6 2020												
30 6 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellido y Nombre Completo	Código	Unidad
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 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 406 del 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Celofán	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pantallas
2	6	2020			X	X		X				
3	6	2020			X	X		X				
4	6	2020			X	X		X				
5	6	2020										
6	6	2020										
7	6	2020										
8	6	2020										
9	6	2020										
10	6	2020										
11	6	2020										
12	6	2020										
13	6	2020										
14	6	2020										
15	6	2020										
16	6	2020										
17	6	2020										
18	6	2020										
19	6	2020										
20	6	2020										
21	6	2020										
22	6	2020										
23	6	2020										
24	6	2020										
25	6	2020										
26	6	2020										
27	6	2020										
28	6	2020										
29	6	2020										
30	6	2020										

Yo, ANA MARGARITA ZAMBRANO Identificado (a) con CG: 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



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 YADIRA TORO PINEDA	Cédula 1,122,130,462	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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 6 20				X		X			X		Gorro quirurgico	<i>Yadira Toro</i>
2 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
3 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
4 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
5 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
6 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</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

Apellidos y Nombres Completos HAIDIVY ROMERO BERNAL	Cédula 52,776,902	Unidad ADMINISTRATIVO
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 6 20				X		X			X		Gorro quirurgico	<i>Yadira Toro</i>
2 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
3 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
4 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
5 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</i>
6 6 20				X		X						<i>Yadira Toro</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 de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Línea de Control Normativo: 01800019033
VIGILADO



	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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 5 20				X		X					Gorro quirurgico	
2 6 20				X		X						
3 6 20				X		X						
4 6 20				X		X						
5 6 20				X		X						
6 6 20				X		X						

Yo, Ima Mendeb 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 NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	Cédula 1,122,120,131	Unidad ADMINISTRATIVO
--	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 6 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
2 6 20				X		X						
3 6 20				X		X						
4 6 20				X		X						
5 6 20				X		X						
6 6 20				X		X						

Yo, Nohora Alejandra Piraban Perez Identificado (a) con CC: 122120131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010303
 Línea de Control Normativo: 01800010302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos NAIRA GUERRA VARGAS	Cédula 1,121,889,427	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, 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		
1 5 20				X		X			X			<i>Naira Guerra Vargas</i>
2 8 20				X		X						<i>Naira Guerra Vargas</i>
3 8 20				X		X						<i>Naira Guerra Vargas</i>
4 8 20				X		X						<i>Naira Guerra Vargas</i>
5 8 20				X		X						<i>Naira Guerra Vargas</i>
6 6 20				X		X						<i>Naira Guerra Vargas</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 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, 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		
1 6 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>Liliana Celedonia Fonseca</i>
2 6 20				X		X						<i>Liliana Celedonia Fonseca</i>
3 6 20				X		X						<i>Liliana Celedonia Fonseca</i>
4 6 20				X		X						<i>Liliana Celedonia Fonseca</i>
5 6 20				X		X						<i>Liliana Celedonia Fonseca</i>
6 6 20				X		X						<i>Liliana Celedonia Fonseca</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 de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Línea de Atención al Cliente: 01800091033
VIGILADO



4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033 Versión: 02 ene-19 1 de 1
	Apellidos y Nombres Completos ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	Cargo JEFE ENFERMERIA	Unidad ASISTENCIAL
	<p style="font-size: x-small;">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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.</p>		

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pijamas	oto, Cuel 1	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Pajeta (Pare / Siga)	
1 6 2020								X		X			X												<i>[Signature]</i>	
2 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
3 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
4 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
5 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	

Yo, ANDREA SANTOS Identificado (a) con CC: 40449526 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033 Versión: 02 ene-19 1 de 1
	Apellidos y Nombres Completos HERNAN DARIO RAMOS	Cargo MEDICO GENERAL	Unidad ASISTENCIAL
	<p style="font-size: x-small;">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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.</p>		

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pijamas	oto, Cuel 1	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Pajeta (Pare / Siga)	
1 6 2020								X		X			X												<i>[Signature]</i>	
2 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
3 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
4 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
5 6 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	

Yo, HERNAN DARIO RAMOS Identificado (a) con CC: 4767126 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800910303
 Línea Correo Nacional: 0800910303



	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Version: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos MARIAN GISELLE CASTRO	Cargo MEDICO GENERAL	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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tena	Coifa	Gafas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pelotas	otro, cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Paleta (Pase / Sign)	
1 6 2020								X		X			X												Marian Castro	
2 6 2020								X		X															Marian Castro	
3 6 2020								X		X															Marian Castro	
4 6 2020								X		X															Marian Castro	
5 6 2020								X		X																

Yo, Marian Castro identificado (a) con CC: 1461027319, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Version: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	Cargo MEDICO GENERAL	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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tena	Coifa	Gafas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pelotas	otro, cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Paleta (Pase / Sign)	
1 6 2020																										
2 6 2020								X		X			X												DIEGO.A.	
3 6 2020								X		X															DIEGO.A.	
4 6 2020								X		X																
5 6 2020								X		X																

Yo, Diego A. Baron identificado (a) con CC: 112049027, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



		FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033														
												Versión: 02														
												ene-19														
												1 de 1														
Apellidos y Nombres Completos LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO					Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO					Unidad 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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.																										
Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal								Brigada de emergencia				Firma	Observaciones								
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (conjunto)	Zapatos - Tenis	Coifa	Gafras de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Poleras	otro, Cual ?			Bracelete	Chaleco reflectivo	Sillabó	Guantes de nylon	Linterna	Rancho de Onda corta	Paleta (Pare / Sign)	
1	6	2020						X		X			X													EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
2	6	2020						X		X																
3	6	2020						X		X																
4	6	2020						X		X																
5	6	2020						X		X																
Yo, <u>LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO</u> identificado (a) con CC: <u>40446687</u> , Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.																										
USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,																										

		FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033														
												Versión: 02														
												ene-19														
												1 de 1														
Apellidos y Nombres Completos MARIA OLINDA MURILLO HERRERA					Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO					Unidad 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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.																										
Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal								Brigada de emergencia				Firma	Observaciones								
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (conjunto)	Zapatos - Tenis	Coifa	Gafras de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Poleras	otro, Cual ?			Bracelete	Chaleco reflectivo	Sillabó	Guantes de nylon	Linterna	Rancho de Onda corta	Paleta (Pare / Sign)	
1	6	2020						X		X			X													EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
2	6	2020						X		X																
3	6	2020						X		X																
4	6	2020						X		X																
5	6	2020						X		X																
Yo, <u>MARIA OLINDA MURILLO HERRERA</u> identificado (a) con CC: <u>40448784</u> , Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.																										
USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,																										

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



	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos DIANA MARCELA SANCHEZ	Cargo AUXILIAR ENFERMERIA	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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal y/o dotación.

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General					Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia					Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camise	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Coifa	Casaca de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	capo, Cua ?	Brazaleto	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onida corta	Paleta (Pare / Sigal)	
1 6 2020								X		X			X													EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
2 6 2020								X		X																
3 6 2020								X		X																
4 6 2020								X		X																
5 6 2020								X		X																

Yo, Diana Marcela Sanchez Alba Identificado (a) con CC: 1120304042 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

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 Duarte Santos César Alberto	Cédula 1 047 438 183	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, 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				
13 05 2020	X			X		X							Paquete * 4 unidades.	
19 05 2020	X			X		X							Paquete * 4 unidades.	
20 05 2020					X								sin valvula	
27 05 2020	4			4									Bq - * 4.	
04 05 2020	2			2										

Yo, César Duarte Identificado (a) con CC: 1047438183 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Corredor 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
Ruiz Torres Kelly Vanessa	1010201040	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			
13 05 2020	X*4			X*4		X*4						Se entrega para completar semana	Vanessa Ruiz Torres
19 05 2020	X*4			X*4		X*4						Paquete *4 - Guantes con adhesión	Vanessa Ruiz Torres
20 05 2020						X						Sin válvula	Vanessa Ruiz Torres
27 05 2020	4			4									Vanessa Ruiz Torres
02 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz Torres
03 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz Torres
04 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz Torres

Yo, Vanessa Ruiz Torres identificado (a) con CC: 1010201040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	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
	Cofia	Monogafa 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*2			X*2								Se entrega pag * 2	Oscar Jimenez Rojas
20 05 2020	X*3			X*3								Sí	Oscar Jimenez Rojas
27 05 2020	2			2								Se entregan pag	Oscar Jimenez Rojas
04 06 2020	3			3									Oscar Jimenez Rojas

Yo, Oscar Jimenez Rojas, identificado (a) con CC: 1054090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Gonzalez Cuevas Ysella	47441197	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 n/lon	Bata desechable	Polainas		
15 05 2020	X										Tapabocas reutilizable	
29 05 2020				X								
01 06 2020				X							2 tapabocas.	

Yo, Ysella Gonzalez Cuevas identificado (a) con CC: 47441197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de n/lon	Bata desechable	Polainas		
13 05 2020	X*3			X*3		X*3					Paquete * 3 unidades de %	
19 05 2020	X*5			X*5		X*5					Paquete * 5 unidades %/0.	
19 05 2020					1						Tapabocas N95 sin filtro.	
05 06 2020	2			2								

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 de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea de Atención al Cliente: 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>Peñavanda Caballero Harold Guillermo</u>	Cédula <u>84455111</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	---------------------------	------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 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 valvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
13 05 2020	X			X		X						Paquete * 3 unidades. Paquete * 5 unidades c/o. Los guantes estan a disponibilidad.	
19 05 2020	X*5			X*5		X*5							
19 05 2020					1								
05 06 2020	2			2									

Yo, Harold Peñavanda c Identificado (a) con CC: 84455111, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Charry Yorkis Vanessa</u>	Cédula <u>1090015590</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 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 valvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
15 05 2020	X											Tiene mascarilla reutilizable. Sin valvula/guantes a disponibilidad.	
21 05 2020					X								
26 05 2020									X				
28 05 2020									X				
01 06 2020	2												

Yo, Yorkis Vanessa Charry Identificado (a) con CC: 1090015590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Controladora Nacional: 0180001910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Loises Hurtado</u>	Cédula <u></u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	-------------------	------------------------------

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

Carga (CD/UM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cota	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 06 2020	X				X	X			X			Cambia por paciente. Los guantes cambio entre pacientes.	<i>[Firma]</i>

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

5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/4/2020	MARCELA NORVAEZ	MEDICINA GENERAL	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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			BATA
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			SE CUENTA CON AREA DE ALMACENAMIENTO GENERAL
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			SE DIERON CONFORME A LA ENTREGA DE E.P.P. ELEMENTOS, (1 VEZ POR SEMANA O SEGUN NECESIDAD)
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 (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			EL AREA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS ESTA A CARGO DEL PERSONAL DE SMART, YA QUE ES EL AREA DE ALMACENAMIENTO SERVICIOS GENERALES

TOTAL	100			
PROPORCIÓN 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
 Línea Control Nacional: 01800010303
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
09/06/2020	Daniela Castro	Asistencial	

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

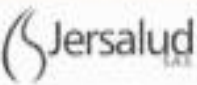
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X			
3	Realiza 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			
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 Gestión Nacional 01800010302
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
4/06/2020	Melissa Pupo	Asistencia	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (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 (aretes, 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)				

TOTAL					
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93,33%				

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
4/06/2020	Willy Muñoz	Administrativo	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
04/06/20	Diana Gatica	Enfermería	Alfonso Domínguez

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		
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 Nacional: 01800010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
04/06/20	Merle Comelo	Aux. adm.	Diana Garbino

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	11	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73,3%		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GD)003
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
04/06/20	Amorinda Domínguez	Médico	Diana Buitrago

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, 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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad.	X			

TOTAL	14	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93.31		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01600019032
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GD)003
		Versión: 1
		003-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
04/06/20	Penny Calcedo	Aux. Enferm.	Diana Benítez

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

PUNTAJE	
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 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
03/06/2020	Joselyn Cardona	Asistencial	Aura Cristina Lopez Duran

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
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			usa permanente del tapabocas y calzado de marro.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son dx en solo uno por ser desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en cascos específicos poleinas 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)	300%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala 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
03/06/2020	Gina Karina Arango	Asistencia	Ayda Cristina Londono Quera


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.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Uso permanente de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	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: 01000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03/06/2020	Darwin Gomez	Asistencial	Patricia Cristina Lardero Ochoa

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, monogatas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Uso permanente del uso en la tabacosa.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso permanente del uso y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos poleinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	31 0 4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	200%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03/06/2020	Paola Tulibita	Administrativa	Ara Cristina Lombono 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
		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 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 desechados de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	9 0 6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03/06/2020	Aura Milena Roa	Administrativa	Aura Cristina Londoño Quejas

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			se recomienda el uso del tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los EPP son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	9 0 6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE



	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
03/06/2020	Yamile Salgado	Asistencial	Aura Cristina Londono O.

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, 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			
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	13	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 Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea Correo Nacional: 01800010303
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
03/06/2020	Juan Camilo Puentes	Asistencial	Pura Cristina Lombro Ovares


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 de tapabocas 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			se recomienda el uso del tapabocas en todo momento y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	11 0 4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
 Línea Correo Nacional: 01800091030
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
03/06/2020	Blanca Li Corvajal	Asistencial	Aura Cristina Lombono Añez

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 de tapabocas 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			se recomienda el 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 de un solo uso por ser desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	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 de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 01000190303
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
03/06/2020	María Emilsse Navarro	Asistencial	Aura Cristina Lombardo Burgos

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


No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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 de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)		X		

TOTAL	33 / 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 Correo Nacional: 01800010303
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
03/06/2020	Angelica Llanusa	Asistencial	Aura Cristina Landero Querezo

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
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso permanente de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos con desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 84%	ACEPTABLE
				96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 018000190303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03/06/2020	Guly Rojas	Asistencial	Ayca Cristina Landero Queros.

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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			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 y de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se 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	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, Coram Nacional, 01800010303
VIGILADO




5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Acacias.

		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			
4/06/2020	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			En el momento atención por teleconsulta	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			En el momento atención por teleconsulta	
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			Se realiza solicitud de tapabocas	
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			Se deja constancia y soporte	
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle	
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			Se recomienda mantener uñas cortas	
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




		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	
4/06/2020		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			En el momento atención por teleconsulta		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			En el momento atención por teleconsulta		
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			Se deja constancia y soporte		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle		
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	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					IDE 1
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
4/06/2020	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			Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo se hace entrega de Kit que cuenta con bata desechable para uso diario y permanente
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 sitio de almacenamiento en sede
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			Se deja constancia y soporte
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle
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		100%			
(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	
4/06/2020		HAIDIY ROMERO		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			Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo se hace entrega de Kit que cuenta con bata desechable para uso diario y permanente		
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 sitio de almacenamiento en sede		
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			Se deja constancia y soporte		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle		
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					0% - 80% NO CUMPLIDO		
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			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
4/06/2020	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			Modalidad teleconsulta
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 sitio de almacenamiento en sede
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			Se deja constancia y soporte
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle
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	X			Se recomienda mantener uñas cortas
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



5.3 Inspecciones 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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03/06/2020	Rosel Natalia	Asistencia	Carla Cristina Lombana

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			uso permanente del tapabocas en todas las actividades.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los EPP son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, 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 Electrónico: lns@minsa.gob.pe
 Lima, Correo Telefónico: 01800010303
VIGILADO



	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
03/06/2020	Pro Margarete	Asistencial	Dora Cristina Lora

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			uso permanente de tapabocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, 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)	200%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Comuna Nacional, 0100010303
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
03/06/2020	JOSE ROBERTO M.	POSTALCIA	ANITA CRISTINA GONZALEZ

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
		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 la cubrebocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son de un solo uso por ser desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13 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
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Línea Control Nacional: 018000190303
VIGILADO



5.3 Inspecciones 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
4/06/2020	liliana 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			utilizar tapabocas fuera de las instalaciones de la institución
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	9	1	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019030



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
4/06/2020		martha rodriguez		medico		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 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		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCION 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	
4/06/2020		sandra patiño romero		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		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.2. Inspección uso de elementos de protección 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
04-06-2020	Kelly Vanesa 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
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Médico 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	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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
04-06-2020	Henry Darío Uva	Asistencial	Ysella González

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			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	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

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
03-06-2020	Resar 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			Médico 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	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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de 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
05-06-2020	Milbany Samiengo	Asistencial	Yoella 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
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X		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	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93,3%			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
03-06-2020	Johana Rincon	Administrativa	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
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	8	2	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93,3%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0 800 019333
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
05-06-2020	Lorena Arias	Administrativa	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
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	Coordinadora de sede.

TOTAL	8	1	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93,3 %			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Operativa D.C.
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o anticancerígenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Encargado	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia			
28-05-2020	Doris Mayque Lora	NA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28-05-2020	Juan Sofia De Cea	Auxiliar	C. Exte	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Yolanda Herrera	Aux. Adm.	C. Exte	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Sandra Noreña	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	DAVID JIMENO	Oftalmólogo	Oftalmología	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Andrés Jaque	Aux. Odontólogo	Odontología	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Sara C. Salas	Médico	C. Exte	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	John Jairo E	Médico	C. Exte	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Fishy Flores	Medico	C. Exte	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Geison Concha	Médico	C. EXT.	NO	NO	36.18	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28/05/20	Luz Cepeda Cely	Médico	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Andrés Ochoa	Aux. Adm.	C. Fronte	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28-05-20	Diego A. Lora	Aux. ADM	C. Fronte	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28-05-20	Andrés Jaque	Aux. Admin	ADMINISTRATIVO	NO	SI	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
28-05-20	Sandra Noreña	Enfermera	C. EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Yolanda Herrera	Aux. Adm.	Aux. Adm.	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Yolanda Herrera	Smart Business	Aux. General	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o anticancerígenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Encargado	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adinamia			
29-05-20	Andrés Ochoa	Aux. Adm.	C. Fronte	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Santiago Vargas	Médico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Honica Flores	Médico	C. Ext	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Luz Mojica U	Médico	C. Exte	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Geison Concha	Médico	C. Exte	NO	NO	36.52	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	José Durán J.	Médico	C. EXT	NO	NO	36.19	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	John Jairo E	Médico	C. EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Fishy Flores	Médico	C. EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Sara C. Salas	Médico	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29/05/20	Andrés Ochoa	Médico	C. EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	José Durán J.	psico loga	C. EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Yolanda Herrera	Médico	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Luz Cepeda Cely	Médico	C. EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Yolanda Herrera	Aux. Adm.	Aux. General	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Karel Fernandez	T.S	C. EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
29-05-20	Doris Mayque Lora	NA ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S
24-05-20	Sandra Noreña	Enfermera	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Reyes S

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
Línea de Consulta Normativa: 01800091033

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides?	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirio	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
29/05/20	Alba Herrera	Aux. Administ	C. Externa	NO	SI	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/20	Paula Rodríguez	Aux. Admini	C. Externa	NO	SI	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/20	[Firma]	Médico	C. Ext	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/20	Fredy Moreno	Médico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/20	John Lam	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/20	María Pabla R.	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-5-20	Yoly Calle	Enferm	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/05/20	Geison González	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.5%	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29 Mayo 20	Andrey Zepa	Aux. Admin	Admin CE	NO	SI	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/5	Joel Durán	Médico	C. Ext	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/5	[Firma]	M.D	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/5/20	[Firma]	Aux. MD	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Monica Flores	Medico	Cert	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-5-20	Jaya Neros	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Judith Mora	Asesora	C. Ext	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Lourdy Jimenez	Administrat	odont.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	[Firma]	Aux. ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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 esteroides?	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirio	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
30/05/20	Luz Mojica	Médico	C. Externa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05	Joel Durán	Médico	C. Externa	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Maricela Rodríguez	Aux. Administ	C. Externa	NO	SI	38.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Silvia Herrera	Aux. Administ	C. Externa	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Dandra Torres	Voluntario	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
30-5-20	Yoly Calle	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30 Mayo	Andrey Zepa	Aux. Administ	Admin CE	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-05-20	Andrés Sánchez	Aux. Adminis	Admin CE	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-05-20	Blanca N. Viquez	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/5/20	Joel Durán	Médico	(E)	NO	SI	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Sandra Fajardo	adm + recep	adm + recep	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Luz Mojica	Médico	C. externa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Monica Flores	Médico	Certificación	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Sandra Mora	Asesora	C. Externa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-05-20	Paula Rodríguez	Aux. Adminis	C. Externa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-05-20	Andrés Sánchez	Administrat	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	[Firma]	adm + recep	adm + recep	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

VIGILADO



Jersalud												FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Verificar entomología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimalaria o anticelmintos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por raras convejas	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en una entida?	Firma del funcionario	
30/05/20	Andrea Zapa Vaya	Aux Admin	Admin CE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-05-20	Leidy Jimenez	Aux admn	edopt.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-05-20	Blanca Nubia V	Coord. Sede	Coord. Sede	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-05-20	Silvia Genera H	Aux admn	C. Exter	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30/05/20	Diego Montalvo	Aux ADM	ADM	NO	SI	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/20	Lucy Mora	Entran	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
17/05/20	Sandra Mora	Aux. exter	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/06/20	Monica Flores	Medico	Centro	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06-20	Diana Rojas	Aux. general	C. Central	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/06/20	Wiz Morica	Medico	C. Exter	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/06/20	Suzie Man	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/6/2020	Fanny Alva	Medica	CEXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06-202	Maria Rodriguez	Aux Admin	C. Ex	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06-20	Andrea Zapa Vaya	Aux. Admin	Admin CE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06-2020	Andrea Torres	Aux Odonto.	Odonto.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06-20	Sandra Torres	Medico	C. Exter	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06/20	Silvia Genera	Aux Admin	C. Exter	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

Jersalud												FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Verificar entomología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimalaria o anticelmintos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por raras convejas	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en una entida?	Firma del funcionario	
1-6-20	Yolby Qualle	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-6-20	Carolina Hernandez	Medico	C. Exter	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-6-20	Anderson Lugo					36.5						[Firma]	
01-06-20	José Rodríguez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-6-20	Van Haneza M.	Psicologo	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-06-20	Blanca N. Vazquez	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/06/20	José Soto	Medico B.	C. Ext	NO	SI	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/6/20	Gustavo Gonzalez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/6/20	Diego Lopez	MS	C. Exter	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/6/2020	Sandra Alva	Medica	CEXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/06/20	Wiz Morica	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01/06/20	Suzie Man	Enfermera	C. Exter	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2/06/20	Suzie Man	Medico	C. Exter	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01/06/20	Monica Flores	Medico	Centro	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01/06/20	José Soto	M.D	C. EXT	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/06/20	José Soto	psicologo	C. Ext.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-06/20	Carolina Hernandez	Medica	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

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



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 analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adormi	(Trabaja en otra entidad?)		
01-06-20	Diana M. M. C. C.	Aux. Adm. Insumos	Adm. Insumos	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	5
01-06-20	Gisela Andrea López	Aux. Administrativa	Admin. CE	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	5
01-06-20	Anderson Veicca	Aux. Admin	Admin. CE	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	5
01-06-20	Maria Cecilia Rodríguez	Aux. Administrativa	Admin. CE	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	5
01/06/20	Sandra M. C.	Asesor	C. Exter	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	5
01/06/20	Silvia Hennera	Aux. Administrativa	C. Exter	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	5
01/06/20	Andrés Fagua	Aux. Odontol	Odontol	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	5
1-02-20	Sandra M. C.	Enfermera	C. Exter	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	5
1/06/20	Diana M. M. C.	Aux. ADM	ADM	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	5
1/06/20	Fredy B. C.	M.D.	C. Exter	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	5
1/06/20	Johanna E.	MD	C. Exter	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	5
1/06/20	Georgina Quintana	Medico	C. Exter	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	5
1/06/20	María Eugenia Galán	M.D.	C. EXT	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	5
1/6/20	José Luis	MD	C. Exter	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	5
01/06/20	José Luis	MD	C. EXT	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	5
02-06-20	Yara Rodríguez	Aux. Admin	C. Exter	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	5
02-06-20	Sandra M. C.	Aux. Enferme	C. Exter	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	5

Continúa

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 analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adormi	(Trabaja en otra entidad?)		
29/05/20	Sandra M. C.	Medico	C. Exter	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	María F. C.	Medico	C. Exter	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	5
29-05-20	Yara Rodríguez	Aux. Admin	C. Exter	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	W. M. C.	Medico	C. Exter	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	5
29-5-20	Yolay Challe	Enfermera	C. Exter	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	Silvia Hennera	Aux. Admin	C. Exter	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	M. G. P.	Aux. Admin	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	5
29-05-20	Clara Rodríguez	Aux. Calidad	Admin	No	No	36	No	No	No	No	No	No	5
29-05-20	Diana M. M. C.	Aux. ADM	ADMIN	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	5
29/5/20	Adriana M. C.	Medico	C. Exter	No	No	37.3	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	Andrés López	Aux. Admin	Admin. CE	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	Sandra M. C.	Medico	C. Exter	No	No	36	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	Claudia Montoya	Medico	C. Exter	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	5
29/5/2020	Pamela J. C.	Psicologo	C. Exter	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	5
29/05/2020	Karla G. F.	T.S	C. Exter	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	5
05/06/20	M. J. C.	Nicholson	C. Exter	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	5
29/05/20	Sandra M. C.	Asesor	C. Exter	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	5

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea Correo Electrónico: 01800010303

VIGILADO



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológico (Marcar con una X las variables que apliquen)									Fecha del Análisis
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de boca	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?		
02/06/20	Honora Flórez	Médico	Central	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/06/20
2-6-20	Angela	M.D. H/O	Cen	-	-	34.	-	-	-	-	-	-	2/6/20
02-06-20	Ledy Jimenez	Aux. odont.	odontol.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/06/20
2-6-20	Kean Fonseca	psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-6-20
2/06/20	Wiz Mojica	Médico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/06/20
02/06/20	Andrea Zpa	Aux. Adminis	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/06/20
02/6/20	Astivalino	Médico	Cen	NO	NO	31.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/6/20
2-6-20	Escobar, Verónica	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-6-20
2-6-20	Andrés Torres	Médico	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-6-20
2-06-20	Clavir Votavaj	Med. Gral	C. Ext	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-06-20
3-06-20	Blanca Nájera	Coordin. adm.	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3-06-20
9-06-20	N. Jairo Páez	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	9-06-20
2-6-20	Deyd Jirase	Operador	Operador	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-6-20
2-06-20	Andrés Vero	Químico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-06-20
2-06-20	Olivera Flac	Médico	Central	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-06-20
2/06/20	Wiz Mojica	Médico	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/06/20
2/06/20	Gerson Guzmán	Médico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/06/20

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológico (Marcar con una X las variables que apliquen)									Fecha del Análisis
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de boca	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?		
02/06/20	John Lore	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/06/20
31/05/20	Sara M. H/O	MD	C. Ext	NO	NO	38.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	31/05/20
3/5/20	Joel Duran	Médico	C. Ext	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3/5/20
02/06/20	Wiz Mojica	Médico	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/06/20
2/6/20	Astivalino	Médico	Cen	NO	NO	32.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/6/20
2/6/20	Fernando	M.D.	C. EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/6/20
2/6-20	Kean Fonseca	psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/6-20
2-06-20	Guillermo	MD	C. Ext	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-06-20
02/06/20	Olivera Flac	Aux. Adminis	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02/06/20
02-06-20	Anderson Javelin	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02-06-20
02-06-20	Mario Paulo Páez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02-06-20
02-06-20	Enrique Boscias	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02-06-20
02-06-20	Maria Rodriguez	Aux. Admin	C. Ext	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02-06-20
02-06-20	Silvia Patricia	Aux. Admin	C. Ext	NO	SI	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	02-06-20
2-6-20	Sara M. H/O	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-6-20
2-6-20	Sara M. H/O	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2-6-20
2/6/20	John Lore	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2/6/20

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGURADO
 Versión 2
 mayo 20
 1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológico (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos autorizados o autorizados	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otra entidad?		
01/06/20	Gerson Guzmán	Medico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson
02/06/20	Luz Jimenez	Aux. odontol.	odontol.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
2/6	José Durán	Medico	C.EXT	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José
2/06/20	Diana Jimenez	Odontologa	Odontolog	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
2/06/20	Andrea Zifora	Aux Admin	Admin CE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
2/06/20	Jurgen Acosta	M.D.	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jurgen
02/06/20	Isabel Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
03/06/20	Diana Jimenez	Aux. enfermera	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
3/6/20	Juan Jose	Psicologo	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
3-6-20	Blanca Lopez	Aux. enfermera	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
3-6-20	Gerson Guzmán	Entrenador	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson
03/06/20	Monica Flarez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
03/06/20	Diana Jimenez	Aux. Admin	ADM	XO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
03/06/20	Andrea Zifora	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
03/06/20	Isabel Jimenez	Medico	C.EXT	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
3/06/20	Luz Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
3/06/20	M. Juan Jimenez	Nutricion	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M. Juan

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGURADO
 Versión 2
 mayo 20
 1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológico (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos autorizados o autorizados	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otra entidad?		
03/06/20	Andrea Zifora	Aux. Admin	Admin CE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
3/06/20	Blanca Lopez	Coord. Sede	Coord.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
03/06	José Durán	Medico	Asistente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	NO	José
03/06	Claudia Jimenez	Medico Gm	Aristonov	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Claudia
03/06	Isabel Jimenez	Odontologa	odontolog	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
03/06/20	Monica Flarez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
3/6/20	José Durán	Medico	C.EXT	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José
03/06/20	Isabel Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
03/06	Isabel Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
03/06/20	Isabel Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
03/06/20	Isabel Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
3/06/20	Luz Jimenez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
3/06/20	Gerson Guzmán	Medico	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson
3/06/20	Jurgen Acosta	M.D.	C.EXT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jurgen
3-06/20	Claudia Jimenez	Med Gm	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Claudia
3-6/20	Juan Jose	Psicologo	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
03/06/20	Diana Jimenez	Aux. Admin	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
 01800019033

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológica (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				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	
3/6/20	Smalena Ochoa	Auxiliar	C. Ext	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3/6/20	Orlando Nery	Enferm	C. Ext	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-6-2020	Bianca Natalia	Coord. Sede	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-06/20	Maico Raúl Feyer	Aux Admin	Admin	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/06/20	Orlando Nery	Aux ADM	ADM	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3/6/20	Joel Durán	MD	C. Ext	No	SI	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3/6/20	Tomás...	MD	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3/6/20	...	MD	C. Ext	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3/6/20	Luz Amparito...	M.D	C. EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/06/20	Isabel...	MD	C. ext	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/06/20	Carson...	Medic	C. ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-06	Florencia Rodríguez	AUX Ad	C. EX	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04-06-2020	Sonia...	AUX Ad	C. EX	No	No	36.2	SI	No	No	No	No	No	[Firma]
04-06-20	Florencia Rodríguez	AUX Ad	C. EX	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
7-06-20	Sergio...	Enfermer	C. Ext	No	No		No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Paula...	Auxiliar	C. Ext	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-06-20	Blanca...	Auxiliar	C. Ext	No	No		No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológica (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				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	
04/06/20	Monica Flaer	Medico	Centra	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-6-20	Fry...	MD	Cent	-	-	36.0	-	-	-	-	-	-	[Firma]
04-06-20	Andy Jimenez	Auxiliar	Centra	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04/06/20	Andrea Zapata	Aux. Admin	Admince	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-6-20	Yolanda...	Enfermer	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Luz Mojica	C. Externa	Medico	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Andrés...	Aux. Adm	C. Ext	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/6/20	Astrid...	Medico	Cent	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/6/20	Jordan...	Medico	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Yolanda...	Nutricion	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Blanca N. Vazquez	Coord. Sede	C. Ext	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Equilio...	Med. Gen	C. Ext	No	No	35.8	No	No	No	No	SI	[Firma]	
04/06/20	Monica Flaer	Med G	Cent	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Luz...	M. G.	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/06/20	Juan...	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/6/20	Joel Durán	MD	C. Ext	No	SI	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4/20 20	...	MD	C. Ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio Nacional, 01000190302
VIGILADO



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	(1/2020)
		Versión 2
		04/20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)									Firma del Aprobado
				Está consumiendo medicamentos, antibióticos o anestésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Cabeza	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en esta unidad?		
04/06/20	JOM Sanchez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
4/6/20	Geison Garcia	Medico	C. Ext	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
04/06/20	Roberto...	...	C. ext	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
04/06/20	Francisco Montoya	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
04/06/20	Patricio...	M. Anal	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
4. 6/20	Luiz Henrique	M.D.	C. ext	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 010001910332
VIGILADO

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURAS Versión 2 may 20 1 DE 1	
												Entrega	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar: sintonología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antineoplásicos	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 Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
30-05-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-5-20	Lina Arroyave	Adminia	Administr	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/5-20	Alexandra Pizarro	As Adm	Adminis	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Nancy Magallon	medico	Adminis	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURAS Versión 2 may 20 1 DE 1	
												salida	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar: sintonología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antineoplásicos	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 Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
30-05-20	Nancy Magallon	medico	Asistencial	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-5-20	Lina Arroyave	ADM	Adminia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-05-20	Alexandra P	As Ad	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/05/20	Gloria Avendaño	coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0180001910333
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910332
VIGILADO

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Entrega

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar etiología (Marcar con una X las variables que aplique)										
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Fiebre	Falga y Adrenia	Trabaja en otra entidad?	Fecha del Análisis		
01-06-20	Guaynardo Cepeda	Asst Teleat	Adminis.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Nancy Noguera	Medico	Adminis	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Lina Arango	Admin	Adminis.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Hidaly Triana	Aux Administ	Adminis.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Alejandro Arceon	Aux Administ	Adminis.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Diana P. Acev	Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Ornella Galarza	AUX de lab	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Carlos Fajal	Medico	Asst	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Glenn Arango	coordinador	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	José Luis Jiménez	Aux Administ	Asistencial	SI	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Fredy Rosary	Medico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Monica Guedes V	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Angela Fajal S	Medico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Ornella Galarza	Medico	Asst	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Salida

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar etiología (Marcar con una X las variables que aplique)										
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Fiebre	Falga y Adrenia	Trabaja en otra entidad?	Fecha del Análisis		
01-06-20	Nancy Mogollon	Medico	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Carlos Fajal	Medico	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Hidaly Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Monica Guedes	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Alycandra P	Aux Adm	Adminis.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	José Luis Jiménez	Aux Asst	Asistencial	SI	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Lina Arango	Aux Adm	Adminis	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Glenn Arango	coordinador	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Angela Fajal S	Medico	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Fredy Rosary	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	Ornella Galarza	Medico	Asst	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01-06-20	José Luis Jiménez	Aux adm	Asist	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



ENTRADA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antifúngicos?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nueva consulta	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
01/06/20	Diana P. Arango	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P.
02/06/20	Nancy Mogollón	Medico	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
04/06/20	Claudia P. Soto	Medico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Claudia
02/06/20	Hidaly Trujillo	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
02/06/20	Alejandra Pinzon	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Rep. Alejandra
02/06/20	Jose Luis Jimenez	Aux. Administrativa	Asistencia	SI	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Luis
02/06/20	Diana Cecilia	Aux. Adm.	Adm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
2/6/20	Lina Arango	Aux. Adm.	Adm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
02/06/20	Kevin Rodriguez	Medico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
02/06/20	Angela Fajardo	Medico	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	Angela
02/06/20	Edwin Lopez Cepeda	Asistente de Atención Humana	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin

Salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antifúngicos?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nueva consulta	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
02-06-20	Nancy Mogollón	Medico	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
02/06/20	Carolina Esteban	Medico	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	Carolina
02-06-20	Jose Luis Jimenez	Aux. Adm.	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Luis
02-06-20	Edwin Lopez Cepeda	Asistente de Atención Humana	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin
02-06-20	Hidaly Trujillo	Aux. Administrativa	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
02-06-20	Lina Arango	Aux. Adm.	Adm.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
04/06/20	Angela Fajardo	Medico	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	Angela
2/6/20	Edwin Lopez Cepeda	Medico	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Edwin
02/06/20	Kevin Rodriguez	Medico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
01/06/20	Alejandra P.	Aux. Adm.	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
02/06/20	Olivia Arango	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 1 may 20 1.06.1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del Encargado
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
03/06/20	Carla F Estay	Medica	Protección	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/06/20	Diana Cepeda	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/06/20	Diana P. Acevedo	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Dolores Arechaga	coordinadora	Asistencia	NO	NO	37,1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
3-6-20	Lina Paez	Adminis	Adminis	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-6-20	José Luis Jiménez	Aux Adm	Asistencia	SI	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-6-20	Escylina Cepeda	Asst TH	Adminis	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Hidalay Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Alexandra Pinzon	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Juan Rodríguez	Medico	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Angela Dely Jato	Medico	Asistencia	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-06-20	Juan Pinzon	Ginecologo	Asistencia	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-06-20	Nancy Morán	Medico	Asistencia	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 1 may 20 1.06.1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del Encargado
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
03-06-20	Nancy Morán	Medico	Asistencia	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Adminis	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	José Luis Jiménez	Aux Adm	Asistencia	SI	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Hidalay Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Angela Dely Jato	Medico	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
3-06-20	Shirley Chacón	Medica	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-06-20	Juan Rodríguez	Medico	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Gloria Arechaga	coordinadora	Asistencia	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Escylina Cepeda	Asst TH	Adminis	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 01 de Junio del 2020
 Unidad Central Operativa, Oficina 01000010303
VIGILADO



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGURA 003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológicamente (Marcar con una X las variables que apliquen)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Catarralg	Fatiga y Adormec	¿Trabaja en una oficina?	Firma del Funcionario
03/06/20	Sebastian Rivera	Medico	Cept	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Cesar Camillo	M.D	Cept	NO	NO	38.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-6-20	Marcelo B	Nurs Asst	SOU	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-06-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Deisy Carolina Hernandez	coord.	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Sandra Malave	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Ana Romero	Aux Admin	Linea frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Mrs. Daniela Cobo	Aux Admin	Linea frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Sebastian Rivera	Medico	Cept	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/06/20	Guillermo Rodriguez	Medico	C.Ept.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/06/20	Cesar Camillo	M.D	Cept	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/20	Enzo Deza	M.D	C.Ept.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGURA 003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológicamente (Marcar con una X las variables que apliquen)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Catarralg	Fatiga y Adormec	¿Trabaja en una oficina?	Firma del Funcionario
04 Jun 20	Gra. Lucio Cobo	Aux Admin	Linea frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Cesar Camillo	M.D	Cept	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Sebastian Rivera	medico	Cept	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Deisy Carolina Hernandez	coord.	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-06-20	Marcelo B	Aux Admin	SOU	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-06-20	Ana Romero	Aux Admin	Linea frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910302
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURAS		
											Verificación	Fecha	
											1 de 1	1 de 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar y cronología (Marcar con una X las variables que apliquen)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en áreas críticas?		
02/06/20	Sebastián Rivera	Médico	Cent	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2-06-20	Antoniano B	Aux Adm	Soc	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	AMG
2-06-20	Ana Cordero	Aux Adm m.	Linea frente	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-06-20	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Deisy Carrión	coord. covid	admón	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Cesar Cervelló	M.D	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Ana Romero	Aux Adm	Linea frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Sandra Tabares	Aux. Admón	Admón	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURAS		
											Verificación	Fecha	
											1 de 1	1 de 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar y cronología (Marcar con una X las variables que apliquen)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en áreas críticas?		
01-06-20	Sebastián Rivera	Médico	Cent	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	[Firma]
1-06-20	Antoniano B	Aux Adm	Soc	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	AMG
01-06-20	Deisy Carrión	coord. covid	admón	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Ana Cordero	Aux Administrativa	Linea frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Cesar Cervelló	M.D	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Ana Romero	Aux. Admón	Linea frente	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Sandra Tabares	Aux Admón	Admón	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Sebastián Rivera	Médico	Cent	no	no	36.8	no	no	no	no	no	no	[Firma]
01-06-20	Florencia Rodríguez	Médico	Cent.	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4.06.20	Clara Jaques	Médica	O.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión: 3 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	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
23/05/20	MARCELA SOFIA NARANJÉ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/05/20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / PATOLOGIA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-05-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / PATOLOGIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-05-20	DEISY YARETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-05-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión: 3 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	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
01/06/20	MARCELA SOFIA NARANJÉ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / PATOLOGIA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / PATOLOGIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	DEISY YARETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C.
 Línea Corredor Nacional: 0180001910303



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAARD03 Versión 2 mar 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	Oloraje	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	
02-06-20	MARCELA SOFIA NAVARREZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
02-06-20	LEIDY YAZMITH SANCHEZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Sanchez
02-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Ivonne
02-06-20	DEISY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy Garcia
02-06-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAARD03 Versión 2 mar 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	Oloraje	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	
31-06-2020	MARCELA SOFIA NAVARREZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	41.0	NO	NO	NO	NO	NO	
03-06-20	LEIDY YAZMITH SANCHEZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Sanchez
03-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ivonne
03-06-20	DEISY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy Garcia
03-06-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGURAS
		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
				Uso consistente medicamentos antivirales o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en esta entidad?)	
04-06-20	MARCELA SOFIA NAVARRETE RUIZ	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
04-06-20	LEIDY YANETH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA/ LABORATORIO CLINICO/ ANÁLISIS	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
04-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE EMPERERIA	CONSULTA EXTERNA/ LABORATORIO CLINICO/ ANÁLISIS	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
04-06-20	DEIDY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
04-06-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C.
 Teléfono: 01 (800) 919333



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAAR03 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	Oloro faja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
1-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Fanny Caicedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAAR03 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	Oloro faja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
01/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/06/20	Diana Gantica	Enfermera	Consulta Externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio Nacional, 010000190302



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 acetaminofen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
01-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
01-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
02-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
02-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
03-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
03-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
04-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY
04-06-2020	Mery Camelo Juárez	Aux. Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	MERY

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 acetaminofen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)					Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	
1-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1-06-20	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	C. Externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

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



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		May-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oleofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/05/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/05/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio Nacional, 010001910332
 Lima, Correo Nacional



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FECHA: 01 JUN 2020 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 antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeflega	Fatiga y Adormia	¿Trabaja en otra entidad?		
04-06-20 am	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex Salazar</i>
04-06-20 pm	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE										<i>Alex Salazar</i>
04-06-20 am	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
04-06-20 pm	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
04-06-20 am	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
04-06-20 pm	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>

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)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeflega	Fatiga y Adormia	¿Trabaja en otra entidad?		
29-05-2020 A.M.	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex Salazar</i>
29-05-2020 P.M.	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex Salazar</i>
29-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
29-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
29-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
29-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
29-05-2020 A.M.	KAREN YESENA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>KAREN FRANCO</i>
29-05-2020 P.M.	KAREN YESENA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>KAREN FRANCO</i>
01-06-2020 A.M.	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex Salazar</i>
01-06-2020 P.M.	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex Salazar</i>
01-06-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
01-06-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
01-06-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
01-06-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	no se toma	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
01-06-2020 A.M.	KAREN YESENA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>KAREN FRANCO</i>
01-06-2020 P.M.	KAREN YESENA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>KAREN FRANCO</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
 Línea Correo Nacional: 018000910302
VIGILADO



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIG(A)003 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 aplica)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otra entidad?	
01-06-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
01-06-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	KAREN FRANCO
02-06-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	KAREN FRANCO
03-06-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
04-06-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
04-06-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
05-06-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
05-06-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
05-06-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	KAREN FRANCO
05-06-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	KAREN FRANCO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta
6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Documentación	Está usando mascarilla, guantes, gafas o protector ocular	No ha sido contactado estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del trabajador
06-06-20	Alexandra Peña	Aux Laboral	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-06-20	Katherine Chingale	Aux Laboral	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Fernie	Biólogo	Asistencia	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Luisa Umaná	Aprendiz	Administración	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Diego Bocanegra	Administrador	Administración	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Soledad Jimenez	Contable	Administración	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Sandra Perdomo	Calidad	Administración	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Josvan Cañon	Aux Administ	Administración	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Ayva Jaramas	Analista SST	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Maria Yamilla	Asistente TH	Administración	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Yailines Zúñiga	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Karen Melo	Coordinadora TH	Administración	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Nicolé Alvarado	Analista Fac.	Administración	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Kennet Ortega	Analista	Administración	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Sebastian Fallo	Aux farmacéutica	Administración	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Documentación	Está usando mascarilla, guantes, gafas o protector ocular	No ha sido contactado estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del trabajador
04-06-20	Yamile Salgado	Med. Co Gen	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Camila Gomez	Odontología	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Nerly Romero	Aux laborator	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Blanca Li	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Paola Tulliba	Aux Administ	Administración	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Ayva Pica	Aux Administ	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Dalwin Gomez	N. General	Asistencia	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
05-06-20	July Rojas	N. General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Joudana Leida	N. General	Asistencia	NO	SI	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Gina Arango	N. General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Cesar Guerrero	N. Farmacéutica	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Angelica Lora	N. General	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
05-06-20	Luz Nelly	Higienista	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Marela Nolasco	Aux odontol	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Camila Garcia	Odontología	Asistencia	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Luz Day	Ambiente	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	José Adolfo	Biólogo	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Jadhira	Ambiente	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Rafael Quintero	Aux Enfermera	Asistencia	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Paola Galindo	Asistente	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Lucía Villa Plata	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Gracia Telloz	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Yenni Gutierrez	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800909030
 Línea de Consulta: 0800909030

VIGILADO



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por su zona o comunidad?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Falta y Admisión	¿Trabajó en otra entidad?	Firma del funcionario
04-06-20	Maria Navarro	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Maria N.
04-06-20	José Adolfo	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	José A.
04-06-20	Silvina Pizarro	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Silvina P.
04-06-20	Paola Galindo	Jefe Enferm	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Paola G.
04-06-20	Dina Villalobos	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Dina V.
04-06-20	Diana Duarte	Sevante	Administrat	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana D.
04-06-20	Luisa Umara	Aprendiz	Administ	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa Umara.
04-06-20	Ruth Argandoña	Jefe Enf	Asistencia	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth A.
04-06-20	Angie Gaviano	Aux Calidad	Administrat	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Angie G.
04-06-20	Sandra Pereda	Calidad	Administrat	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P.
04-06-20	Soledad Linares	Coordinadora	Administrat	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad L.
04-06-20	Ausa Londono	Analista SST	Administrat	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ausa L.
04-06-20	Jenni Ortiz	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Jenni O.
04-06-20	Maria Bonilla	Asistente JH	Administrat	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Maria B.
04-06-20	Karen Emilia	Coordinadora	Administrat	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Karen E.
04-06-20	Ausa Londono	Aprendiz	Administrat	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Ausa L.
04-06-20	Sebastian Fella	Aux Biología	Administrat	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian F.
04-06-20	Ulises Navarro	Facturación	Administrat	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ulises N.
04-06-20	Paola Cubillo	Aux Adm	Adminis	SI	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Paola C.
04-06-20	Joviana Cardona	M. General	Asisten	NO	SI	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Joviana C.
04-06-20	Aurora Roca	Aux Admin	Administrat	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Aurora R.
04-06-20	Ivan Puentes	M. General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Ivan P.
04-06-20	Karina Arango	M. General	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Karina A.

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por su zona o comunidad?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Falta y Admisión	¿Trabajó en otra entidad?	Firma del funcionario
03-06-20	Karina Arango	M. General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Karina A.
03-06-20	Ruth Boqueron	Jefe Enferm	Asistencia	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth B.
03-06-20	Luz Pizarro	Ambiente Fis	Asisten	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luz P.
03-06-20	Sandra Bustos	Digitalización	Asisten	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra B.
03-06-20	Rosa Eduardo	M. General	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Rosa E.
03-06-20	Paola Galindo	Jefe Enferm	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Paola G.
03-06-20	Dina Villalobos	Aux Enferma	Administrat	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Dina V.
03-06-20	Maria Navarro	Aux Enferma	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Maria N.
04-06-20	Tatiana Chiriqui	Aux Laborat	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Tatiana C.
04-06-20	Melby Romero	Aux Laborat	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Melby R.
04-06-20	Sandra Varela	Aux Administrat	Administrat	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra V.
04-06-20	Vanessa Garcia	Aux Adm	Adminis	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa G.
04-06-20	Rafael Gomez	M. General	Asistencia	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Rafael G.
04-06-20	Joly Capistrano	M. General	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Joly C.
04-06-20	Leiza Echeverri	El. Familiarit	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Leiza E.
04-06-20	Luz Nelly	Higiene	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Luz N.
04-06-20	Florencia Alba	Odontología	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Florencia A.
04-06-20	Margareta Morales	Aux Odontol	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Margareta M.
04-06-20	Angelica Jimenez	M. General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Angelica J.
04-06-20	Julio Beltrán	Aux Admin	Administrat	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Julio B.
04-06-20	Luz Ruiz	Ambiente Fis	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz R.
04-06-20	Patricia	Ambiente Fis	Asisten	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
04-06-20	Diego Beca	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diego B.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión de Riesgos de Infección D.C.
 Línea Controladora Nacional: 0180001910333
VIGILADO



(Jersalud)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Asignación	Está correctamente vacunado contra el COVID-19 o vacunado	No tiene síntomas evidentes de COVID-19	Temperatura superior a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestestis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro establecimiento?	Forma del Establecimiento
03-06-20	Katherine Chingette	Aux. laboratorista	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine
03-06-20	Bonnie Valencia	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Bonnie
03-06-20	Jeannice Cordeiro	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jeannice
03-06-20	Diego Bocanegra	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
03-06-20	José Adolfo R.	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	José Adolfo
03-06-20	Soledad Linares	COORD. Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad
03-06-20	Nicolas Nuñez	Analista Evaluación	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Nicolas
03-06-20	Jessica Canon	Asistente Admon.	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica
03-06-20	Luzmila Melo	COORD. Admon.	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmila
03-06-20	Maria Jose Ronilla	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Jose
03-06-20	Renel Ojeda	APRENDIZ SURT	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Renel Ojeda
03-06-20	Luzma Umara	APRENDIZ SURT	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luzma Umara
03-06-20	Selbstina Talia	Aux. Farmacia	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Selbstina
03-06-20	Sandra Penolaza	Jefe Calidad	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
03-06-20	Angie Carrero	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Angie
03-06-20	Gely Rethen	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gely
03-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
03-06-20	Cesar Guerrero	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
03-06-20	Juan Camilo Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Camilo
03-06-20	Yamile Sabaguel	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Yamile
03-06-20	Flor Alcazar Castro	Oftalmologo	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Alcazar
03-06-20	Marta Camila Gomez	Oftalmologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Marta Camila
03-06-20	Araceli Gutierrez	Analista SST	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Araceli

(Jersalud)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Asignación	Está correctamente vacunado contra el COVID-19 o vacunado	No tiene síntomas evidentes de COVID-19	Temperatura superior a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestestis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro establecimiento?	Forma del Establecimiento
02-06-20	Yamile Sabaguel	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile
02-06-20	Flor Alcazar Castro	Oftalmologo	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Alcazar
02-06-20	Marta Camila Gomez	Oftalmologo	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Marta Camila
02-06-20	Sandra Rey	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
02-06-20	Diana Iuz Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02-06-20	Marta Nuñez	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Marta
02-06-20	Windy Guillen	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Windy
02-06-20	Luz Dany Ramirez	Ambulante Psico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Dany
02-06-20	Aurea Cristina Larios	Analista SST	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Aurea
02-06-20	Blass Barreto	Medico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Blass
03-06-20	Marcela Morales	Aux. Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela
03-06-20	Nelly Sanchez	Arquitecta	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
03-06-20	Angelica Lora	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Angelica
03-06-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencial	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Darwin
03-06-20	Gely Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Gely
03-06-20	Gina Linares	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gina
03-06-20	Patricia Camargo	Ambulante Psico	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
03-06-20	Yulines Rivera	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yulines
03-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
03-06-20	Paula Toboleta	Aux. Admon.	Admon.	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
03-06-20	Aurea Milena Paez	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Aurea
03-06-20	Alexandra Parra	Aux. laboratorista	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
03-06-20	Merly Romero	Aux. laboratorista	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Merly

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha: 02-06-20												
Hora: 15:01												
No.	Nombre y apellido del trabajador	Cargo	Área de Destino	Está vacunado con las vacunas recomendadas e inmunizadas	Ha usado correctamente el equipo de protección personal	Temperatura	Tos	Otitis/ Rinorrea	Oftalmología	Falta y Absentismo	Tratamiento en curso	Firma del trabajador
02-06-20	Pilar Avendano	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Oreanor
02-06-20	Alexandra Parra	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
02-06-20	Merly Romero	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Merly R
02-06-20	Katherine Chingette	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine
02-06-20	Rennie Valencia	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Rennie
02-06-20	Josana Cordoba	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Josana
02-06-20	Diego Bacanega	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Bacanega
02-06-20	Jose Adolfo R.	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Adolfo
02-06-20	Selceda Linares	Coord. Asistencial	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Selceda
02-06-20	Diana Duarte	Gerente	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02-06-20	Victor Navarro	Analista factora	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Victor
02-06-20	Jessica Camon	Asistente admon	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica
02-06-20	Faren Melo	Coord. Admon	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Faren
02-06-20	Maria Jose Benilla	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Jose
02-06-20	Kenet Orjuela	Aprendiz SCRVA	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Kenet
02-06-20	Luisa Umara	Aprendiz SCRVA	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa Umara
02-06-20	Sebastian Falla	Analista factora	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
02-06-20	Carola Perolosa	Jefe Calidad	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Carola
02-06-20	Anjele Carrero	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Anjele
02-06-20	Wily Betrean	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Wily
02-06-20	Scyrla Varela	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Scyrla
02-06-20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
02-06-20	Juan Camilo Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha: 03-06-20												
Hora: 15:01												
No.	Nombre y apellido del trabajador	Cargo	Área de Destino	Está vacunado con las vacunas recomendadas e inmunizadas	Ha usado correctamente el equipo de protección personal	Temperatura	Tos	Otitis/ Rinorrea	Oftalmología	Falta y Absentismo	Tratamiento en curso	Firma del trabajador
03-06-20	Gina Kuriara Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Gina
03-06-20	Patricia Camargo	Ambiente Psico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
03-06-20	Sofia Rivera	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
03-06-20	Fenny Gutierrez	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Fenny
03-06-20	Pilar Avendano	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Pilar
03-06-20	Alexandra Parra	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
03-06-20	Merly Romero	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Merly
03-06-20	Katherine Chingette	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine
03-06-20	Rennie Valencia	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Rennie
03-06-20	Paola Tulibila	Aux. Admon	Admon.	SI	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Paola
03-06-20	Aura Milena Paez	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Aura
03-06-20	Josana Cordoba	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Josana
03-06-20	Diego Bacanega	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
03-06-20	Blanca Li Cruz	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
03-06-20	Jose Adolfo R.	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Adolfo
03-06-20	Maria Camila Gomez	Oftalmologa	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Camila
03-06-20	Ruth Mary Rospero	Jefe Enfermeria	Asistencial	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Mary
03-06-20	Paola Galindo	Jefe Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Paola
03-06-20	Diana Liz Villalobos	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
03-06-20	Gracia Tellez	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Gracia
03-06-20	Selceda Linares	Coord. Asistencial	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Selceda
03-06-20	Diana Duarte	Gerente	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
03-06-20	Victor Navarro	Analista factora	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Victor

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Linea Control Nacional: 08000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o sistémicos	Ha tenido contacto estrecho con casos confirmados para enfermedad por nueva coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	Trabaja en alta actividad?	Firma del funcionario
29-05-20	Maria Bonilla	Asistente th	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Karen Emilia	Cuidador	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Sebastian Falla	Aux. Factora	Administrativa	NO	NO	36.0	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Darwin Gomez	Med. General	Asistencia	SI	NO	36.3	SI	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29-05-20	Yuly Rojas	Med. General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29-05-20	Angelica Lora	Med. General	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29-05-20	Ronnie Valencia	Radiofonia	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Salvador Linares	Coordinador	Admin.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Beraldo Sanchez	Supervisor	Admin.	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Ana Carolina	Aux. Calidad	Admin.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Yoly Beltran	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Sandra Peiza	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Joselyn Cordero	Med. General	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Kamile Salazar	Med. General	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
29-05-20	Nina Perez	Med. General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Santamaria	Med. General	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Florencia	Med. General	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Jenny Delacruz	Med. General	Asistencia	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-06-20	Marcela Moreno	Aux. Odontología	Asistencia	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Angelica Lora	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-06-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-06-20	Yuly Rojas	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	SI	NO	NO	SI	[Firma]

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o sistémicos	Ha tenido contacto estrecho con casos confirmados para enfermedad por nueva coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	Trabaja en alta actividad?	Firma del funcionario
1/06/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/06/2020	DESIO SANCHEZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/06/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	MARRAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	ALEJANDRA CHIRRENI	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	SONIA BONDORQUEZ	AUX. DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/06/2020	EUSALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 0800991030
Línea de Atención al Cliente: 0800991030
VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Gerencia	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	Ocórrele	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma de funcionario
3/06/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Figueroa G.
3/06/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/2020	DIEGO BARCHI	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIEGO A.
3/06/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hernan R.
3/06/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marian Castro
3/06/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
3/06/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.
3/06/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier H.
3/06/2020	SONIA BORGHUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia B.
3/06/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE PSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eugalia R.

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Gerencia	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	Ocórrele	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma de funcionario
3/06/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Figueroa G.
3/06/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/2020	DIEGO BARCHI	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIEGO A.
3/06/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hernan R.
3/06/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marian Castro
3/06/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/06/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
3/06/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.
3/06/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier H.
3/06/2020	SONIA BORGHUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia B.
3/06/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE PSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eugalia R.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en una entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinotagia	Fatiga y Adinamia		
4/06/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza G.
4/06/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda M.
4/06/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diana S.
4/06/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A.
4/06/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R.
4/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marian Castro.
4/06/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea S.
4/06/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIJENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
4/06/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.
4/06/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier H.
4/06/2020	SORJA BOROQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sorja Boroquez
4/06/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia R.

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en una entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinotagia	Fatiga y Adinamia		
5/06/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza G.
5/06/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda M.
5/06/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diana S.
5/06/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A.
5/06/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R.
5/06/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marian Castro
5/06/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea S.
5/06/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIJENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
5/06/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.
5/06/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier H.
5/06/2020	SORJA BOROQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sorja Boroquez
5/06/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia R.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Linea de Atención al Paciente: 018000910303
VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA/003 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
1/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Piraban</i>
1/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Toro Pineda</i>
1/06/2020	Lorena Rey Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Lorena Rey</i>
1/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Imna Mendieta</i>
1/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Fonseca</i>
1/06/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Haidivy Romero</i>
1/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Jorge Enrique Clavijo</i>
1/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Naira Guerra</i>

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA/003 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
2/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Piraban</i>
2/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Toro Pineda</i>
2/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Imna Mendieta</i>
2/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Fonseca</i>
2/06/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Haidivy Romero</i>
2/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Jorge Enrique Clavijo</i>
2/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Naira Guerra</i>

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA/003 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
3/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Piraban</i>
3/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Toro Pineda</i>
3/06/2020	Lorena Rey Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Lorena Rey</i>
3/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Imna Mendieta</i>
3/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Fonseca</i>
3/06/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Haidivy Romero</i>
3/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Jorge Enrique Clavijo</i>
3/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Naira Guerra</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0180001910332
VIGILADO



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	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 aplica)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia			
4/06/2020	Nahora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/06/2020	Yadira Toro Pinola	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	34,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/06/2020	Inna Mandieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/06/2020	Uliana Celedonia Fonseca	Médico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/06/2020	Heidy Rosero Salbran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

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	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 aplica)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia			
18-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-05-20	Liliana Rojas	A. Enf.		NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-05-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Jersalud												FIGA-003 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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
18/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
19/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
20/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
21/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
22/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
23/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
26/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Cons. 01	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
27/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
28/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Consult. 01	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
29/05/20	Martha Rodriguez	Medico	Cons. 01	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
01/06/20	Martha Rodriguez	Medico	Cons. 01	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
02/06/20	Martha Rodriguez	Medico	Cons. 01	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
03/06/20	Martha Rodriguez	Medico	Cons. 01	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R
04/06/20	Martha Rodriguez	Medico	Cons. 01	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha R

Jersalud												FIGA-003 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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
18/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
19/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
20/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
21/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
22/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
23/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
26/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
27/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
28/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
29/05/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
01/06/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
02/06/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
03/06/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
04/06/20	Sandra Patino	Enferm	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



Jersalud												FIGA0032	
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	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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en área afectada?		
18/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
19/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
20/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
21/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
22/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
23/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
26/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
27/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
28/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
29/05/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
01/06/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
02/06/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
03/06/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.
04/06/20	Leidy Morales	Regente	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy M.

Jersalud												FIGA0030	
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	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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en área afectada?		
18/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
19/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
20/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
21/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
22/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
23/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
26/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
27/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
28/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
29/05/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
01/06/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
02/06/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
03/06/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.
04/06/20	Glora Benitez	Amb. físico		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glora B.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
VIGILADO



6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Esta tarde me siento mejor que ayer	En la tarde me siento igual que ayer	Filtro igual o mayor a 28°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestasia	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en otra entidad?	Fecha del funcionario
2019-05-29	LUCY MARIBEL PEZARSA	AMBIENTE A BIEN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JANA MARIBEL ZAMBRANO	ALDE ENTENDIDA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JOSE ROBERTO MELIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RODRIQUEZ CAROLINA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	LUCY MARIBEL PEZARSA	AMBIENTE BIEN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JANA MARIBEL ZAMBRANO	ALDE ENTENDIDA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JOSE ROBERTO MELIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RODRIQUEZ CAROLINA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	LUCY MARIBEL PEZARSA	AMBIENTE BIEN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JANA MARIBEL ZAMBRANO	ALDE ENTENDIDA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JOSE ROBERTO MELIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RODRIQUEZ CAROLINA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	LUCY MARIBEL PEZARSA	AMBIENTE BIEN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JANA MARIBEL ZAMBRANO	ALDE ENTENDIDA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JOSE ROBERTO MELIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RODRIQUEZ CAROLINA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	LUCY MARIBEL PEZARSA	AMBIENTE BIEN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JANA MARIBEL ZAMBRANO	ALDE ENTENDIDA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JOSE ROBERTO MELIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RODRIQUEZ CAROLINA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	LUCY MARIBEL PEZARSA	AMBIENTE BIEN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	JANA MARIBEL ZAMBRANO	ALDE ENTENDIDA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	

2019-05-29	JOSE ROBERTO MELIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RODRIQUEZ CAROLINA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	
2019-05-29	RENATA NATALIA VELAZQUEZ	INFORMACIÓN	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	

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												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Esta tarde me siento mejor que ayer	En la tarde me siento igual que ayer	Filtro igual o mayor a 28°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestasia	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en otra entidad?	Fecha del funcionario
05-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
05-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
05-06-20	Yisel Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	
05-06-20	Yurleyz Vanessa Charryz	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
05-06-20	Perez Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	
	Aryn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Dario Uive	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
05-06-20	Jenny Johana Rincon Nocus	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
05-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	
	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Cuba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Miguel Torres					36,0						
	Hilser Humberto					36,6						
	Donalba					35,4						

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910300
VIGILADO



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



Salida

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 ocurriendo medicación antiinflamatoria o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
04-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	JLH
04-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI
04-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI
04-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI
04-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Jean Hernandez	Medic familiar	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Sandra Lequer	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-06-20	Sandra Lequer	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Torral					36.5						

Salida

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 ocurriendo medicación antiinflamatoria o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI
03-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI
03-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-06-20	Sandra Lequer	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Torral	Asistente	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000190303
 VIGILADO



Ingreso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por seroconversión	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adormiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Liva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Angela Torres	Asistente	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Doris Castellano	Asistente	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Henry Oca	Asistente	Medico	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Idem Hernandez	Medico	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por seroconversión	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adormiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-06-20	Maira Nagles	Administrativo		36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
01-06-20	Luz Delia Rojas	Administrativo		35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
01-06-20	Maira Logano	Administrativo		36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
				35,5	NO	NO						
01-06-20	Paola Herrera	Administrativo		35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
01-06-20	Paola Andrea Bustos	Administrativo		36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
01-06-20	Doralba Piegriero	Administrativo		35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-20	Maira Nagles	Administrativo	Medicinal	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-20	Luz Delia Rojas	Servi General	Smart	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-20	Paola Herrera	Administrativo	Medica	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
02-06-20	Maira Logano	Administrativo	Medicinal	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Paola Herrera	Administrativo	Medicinal	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
03-06-20	Maira Nagles	Administrativo	Medicinal	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Estar vacunado		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del funcionario
				medicamentos antifebriles o analgésicos	anticoagulantes	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odirología	Fatiga y Adormil	¿Trabaja en otra entidad?		
04-06	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Angela Torres Doralba	Aux.cabidloger Aux.Ser. Genral	Asistencial	NO	NO	35,8 35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Estar vacunado		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del funcionario
				medicamentos antifebriles o analgésicos	anticoagulantes	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odirología	Fatiga y Adormil	¿Trabaja en otra entidad?		
04-06	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Angela Torres Doralba	Aux.cabidloger Aux.Ser. Genral	Asistencial	NO	NO	35,8 35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800019303
VIGILADO



Salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o antitumorales?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
02-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	37.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Angelica Torres	Asistente Administrativo	Administrativo			36.6						[Firma]
02-06-20	Luxandra Hernandez	Medico Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Sander Lozano	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06	Cesar Duarte	Medico G. Asis. Gen	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Kelly P. P. P.	Medico Asistencial	Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-20	Van Darío Hernandez	Medico Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Luciana Pironi	As. Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-06-20	Kelly Gonzalez	Asistente Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o antitumorales?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-06-20	Hilbany Samir	As. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Vanessa Charlis	Jefe Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Vanessa Kelly	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Cesar Duarte	Medico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Johanna	Aux. Adm. Gen	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Angelica Torres	As. Adm. Gen	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Doralba Pregoner	As. Servicio Gen	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Jefe Lorena	Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Ysella Gonzalez	Asistente Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Natalia Cediel	As. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-20	Sandra Lozano	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Dario Oja	Medico	Asistencial	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Harold Peñaranda	Medico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Línea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



Ingreso

Fecha		Nombre y Apellido del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o vacunas/inj.	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 edificación?	Fecha del funcionamiento
02-06-2020	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Angela Torres aux. odontologu	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Yorch Jackson Socha	Administrativo	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Sandra Lopez	Odontologia Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Arlin Ramirez	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Natalia Cediel	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Oscar Hernandez	Medico Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Sandra Lopez	Odontologia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-06-2020	Yorz Socha	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Salida

Fecha		Nombre y Apellido del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o vacunas/inj.	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 edificación?	Fecha del funcionamiento
01-06-2020	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Sandra Lopez	Odontologia Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-06-2020	Angela Torres	Administrativo	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910300
 VIGILADO



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

REPORTE SINTOMAS COVID -19 JERSALUD S.AS.											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 16:28:48	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 15:26:02	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 15:24:29	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 15:12:23	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:59:40	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:55:31	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:55:31	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:55:01	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:48:23	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:42:26	CC	9432965	UVA	PELAYO	HENRY	DARIO	CASANARE	YOPAL	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:29:58	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 14:24:56	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:57:56	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:53:37	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:45:49	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:31:40	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:29:50	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:21:27	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:20:30	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:20:09	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:17:33	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 13:03:27	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:42:37	CC	40036857	MOJICA	VELANDIA	LUZ	MARINA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:39:38	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:38:39	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:17:57	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:15:44	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:13:31	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:11:16	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:09:12	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO



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



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:06:20	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 12:03:40	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 11:31:55	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:57:13	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:38:13	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:26:01	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:24:48	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:21:25	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:20:28	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:20:09	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:19:46	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:16:01	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:11:21	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:09:40	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:05:33	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 10:00:05	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:59:13	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:57:56	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:56:42	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:56:18	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:46:12	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:43:44	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:43:27	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:40:57	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:38:50	CC	1119894087	MORA	FRANCO	MORELIA	JINETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:38:19	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:37:33	TI	1006876280	UMAÑA	PARRADO	LUISA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:36:54	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:32:10	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:31:05	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:29:31	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:28:56	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:27:14	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:22:05	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:20:58	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:20:00	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



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



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

COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:06:59	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 09:03:53	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:49:22	TI	1006823768	ORJUELA	GALLO	KENETH	YULLIANT	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:47:04	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:40:44	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:39:43	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:36:24	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:24:17	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:21:42	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/06/2020 08:00:02	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:58:16	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:57:40	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:57:38	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:47:53	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:43:00	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:42:07	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:41:58	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:38:02	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:36:22	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:34:28	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:28:09	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:27:47	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:27:08	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:24:29	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:22:00	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:17:47	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:16:18	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:11:57	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:11:00	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 07:09:13	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/06/2020 05:27:02	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/06/2020 04:25:15	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 22:57:59	CC	1121827319	CASTRO	BELTRAN	MARIAN	GISSELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 22:41:46	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/06/2020 22:41:19	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO



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

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 22:30:45	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/06/2020 22:28:43	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 21:54:47	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/06/2020 21:15:59	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 19:12:47	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:58:18	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:51:19	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:49:47	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:46:14	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:42:29	CC	84455111	PENARANDA	CABALLERO	HAROLD	GUILLERMO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:39:53	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:39:42	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:39:11	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:38:34	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:36:48	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:36:43	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:26:27	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:13:12	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:07:03	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 18:06:50	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 17:41:28	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 17:41:27	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 17:05:25	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/06/2020 16:59:16	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 16:50:33	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 16:49:44	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 16:31:10	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/06/2020 16:26:07	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 16:06:41	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 15:43:57	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 15:33:27	CC	9432965	UVA	PELAYO	HENRY	DARIO	CASANARE	YOPAL	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	03/06/2020 14:49:21	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 14:23:58	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 14:12:47	CC	1010182835	PUENTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:43:51	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:42:52	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO



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

E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:41:21	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:32:40	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:19:49	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:19:45	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:18:18	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:16:40	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:12:49	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 13:06:22	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 12:40:02	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 12:39:02	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 12:24:14	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:48:34	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:41:56	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVEDA	CARLOS	FRANCISCO	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:41:36	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:40:29	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:22:02	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:17:45	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:14:19	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:09:32	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:08:58	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 11:08:05	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 10:50:59	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 10:33:34	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 10:07:50	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:58:30	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:49:27	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:44:03	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:43:49	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:41:55	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:39:37	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:34:55	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:31:48	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:27:47	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:19:16	CC	53067258	VELASQUEZ	CALDERON	NELSY	PATRICIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:14:42	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:14:27	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO



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



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:11:43	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:11:11	CC	80258638	JIMENEZ	PINEDA	JOSE	LUIS	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:08:26	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:07:40	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:04:45	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 09:03:22	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 08:46:10	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 08:05:50	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 08:02:18	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:57:03	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:56:08	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:51:15	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:47:01	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:44:05	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:37:31	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:37:13	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:36:56	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:36:19	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:32:36	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:31:08	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:29:25	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:29:15	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:21:34	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:20:43	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:20:28	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:19:21	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:17:57	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:16:07	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:14:16	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:12:57	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:12:16	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:10:16	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:02:35	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/06/2020 07:01:32	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/06/2020 06:36:46	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/06/2020 02:34:28	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910308



"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 Junio**



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 23:57:26	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 23:17:26	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 20:35:16	CC	111988883 2	CUESTA	LEGUIZAMO N	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/06/2020 19:24:04	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 18:44:30	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 18:20:36	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 18:09:23	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:55:29	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:54:36	CC	100673367 6	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:46:09	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:32:32	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:25:11	CC	104961543 7	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:25:03	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 17:02:58	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/06/2020 16:55:22	CC	112193769 2	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 16:41:23	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 16:27:16	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 16:23:48	CC	112182977 4	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 15:44:13	CC	111857473 3	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 15:24:46	CC	9432965	UVA	PELAYO	HENRY	DARIO	CASANARE	YOPAL	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 15:04:20	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:46:52	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:46:08	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:45:29	CC	112186764 0	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDR A	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:37:20	CC	107338083 6	BALLESTERO S	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIR A	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:27:53	CC	112183840 6	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:26:36	CC	104568899 1	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:25:45	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:25:23	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:23:13	CC	104300011 9	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:17:03	CC	104961655 7	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:07:09	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 14:00:09	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:50:29	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:41:12	CC	40398099	GARZON	RODRIGUEZ	CLAUDIA	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:38:08	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	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 Junio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:27:20	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:25:50	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:21:52	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 13:13:32	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 12:32:37	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 12:31:19	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 12:30:46	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 12:25:20	CC	40048087	GARRIDO	SEPULVEDA	DIANA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 12:20:51	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 11:54:37	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 11:53:22	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 11:52:39	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 11:23:02	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 11:04:25	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:58:33	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:54:20	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:40:57	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:34:36	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:34:32	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:33:56	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:15:15	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 10:04:44	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:28:38	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:25:23	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:23:49	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:20:02	CC	40036857	MOJICA	VELANDIA	LUZ	MARINA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:09:26	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:08:38	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:05:08	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:04:36	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 09:02:08	TI	1006876280	UMAÑA	PARRADO	LUISA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:44:09	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:43:14	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:42:55	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:36:02	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:35:38	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910338



“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 Junio**

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:35:06	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:21:26	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:13:14	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:12:12	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:11:12	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:11:09	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:06:21	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:06:15	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:06:07	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:05:42	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 08:00:22	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:58:40	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:55:59	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:55:27	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:50:12	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:43:56	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:39:45	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:33:54	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:32:36	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:26:59	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:26:16	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:25:25	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:23:26	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:23:10	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVEDA	CARLOS	FRANCISCO	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:22:20	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:21:26	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:19:25	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:15:08	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:14:59	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:14:29	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:13:37	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:10:56	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/06/2020 07:09:33	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 05:59:09	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/06/2020 05:40:54	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 23:33:23	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO



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

MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 21:44:01	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 21:41:51	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/06/2020 20:36:59	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 20:14:19	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 19:55:17	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 19:22:51	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 18:38:31	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 18:31:32	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 18:09:32	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 18:09:22	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:54:55	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:50:29	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:46:40	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:28:03	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:27:56	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:27:52	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:27:49	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 17:25:54	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/06/2020 16:58:42	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 16:48:47	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 16:44:41	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 16:28:25	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/06/2020 16:16:18	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 16:09:10	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 15:31:19	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 15:24:06	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 14:55:45	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 14:43:31	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 14:28:42	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 14:17:48	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:50:34	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:45:15	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:32:23	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:22:35	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:22:31	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:13:37	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 13:01:52	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/06/2020 12:53:46	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 12:50:17	CC	1121894100	QUEVEDO	TAMAYO	ANGIE	LIZETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/06/2020 12:28:26	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 12:27:12	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 12:18:06	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 12:06:46	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:53:38	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:52:30	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:37:42	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:36:15	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:31:12	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:25:19	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:21:10	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 11:18:07	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:54:05	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:50:41	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:42:37	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:39:17	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:38:19	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:08:04	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HIVIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:01:25	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 10:00:29	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 09:56:23	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 09:32:54	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 09:29:18	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	01/06/2020 09:28:43	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 09:18:27	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 09:16:33	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:57:42	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:56:06	CC	1073380836	BALLESTERO S	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:48:47	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:48:04	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:39:05	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:37:58	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:36:17	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038



“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 Junio**

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:31:41	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:31:23	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:24:28	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:22:39	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:21:19	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:09:06	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:08:22	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:08:15	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:08:03	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 08:03:03	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:58:04	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:55:53	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:54:02	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:41:05	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:40:51	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:33:21	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:33:13	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:32:24	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:30:59	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:30:10	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:27:57	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:25:41	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:20:13	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:19:57	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:19:56	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:19:32	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:18:50	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:18:44	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:17:59	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:11:10	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:10:33	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:09:48	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVEDA	CARLOS	FRANCISCO	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/06/2020 07:09:04	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/06/2020 06:27:30	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 21:07:42	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/05/2020 20:42:55	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO



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



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/05/2020 20:32:45	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/05/2020 20:24:17	CC	112193769 2	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 20:07:44	CC	112188048 9	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 20:03:21	CC	112188800 1	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/05/2020 20:02:28	CC	112308875 8	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 19:56:30	CC	40325831	PEDROZA	CORTES	FRANCY	PAOLA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 19:47:34	CC	40404908	RAMIREZ	HERNANDEZ	BIANEY		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/05/2020 19:46:35	CC	112196025 9	CLAVIJO	FERRO	KAREN	ESTEYSI	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/05/2020 19:42:56	CC	112195066 3	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 19:02:23	CC	100140143 8	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 18:48:35	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 18:29:02	CC	112191261 1	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 18:24:27	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 18:02:55	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 16:29:30	CC	123349376 8	CASTRO	GUERRERO	JENNIFER	CATALINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/05/2020 16:24:43	CC	101427890 2	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 16:08:23	CC	119314290 8	GUERRA	LOPEZ	JENNIFER	DAYANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 15:29:43	CC	111988883 2	CUESTA	LEGUIZAMO N	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 15:24:52	CC	112340331 0	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 15:04:22	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 14:59:10	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 14:26:27	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/05/2020 14:04:03	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 13:55:12	CC	112186213 2	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 12:16:22	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/05/2020 11:33:59	CC	100687889 4	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 11:28:49	CC	112183755 6	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/05/2020 11:24:33	CC	112186764 0	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDR A	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/05/2020 09:04:16	CC	112193315 2	VELASQUEZ	BETANCOUR T	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/05/2020 08:25:30	CC	112190461 9	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 07:26:20	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/05/2020 07:25:23	CC	112190564 5	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/05/2020 01:54:28	CC	100673367 6	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/05/2020 00:19:19	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	30/05/2020 22:48:15	CC	112193315 2	VELASQUEZ	BETANCOUR T	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

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 Junio**

CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/05/2020 22:46:20	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 21:53:28	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 21:22:21	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 21:02:43	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 21:02:43	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 18:57:44	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 18:45:40	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 18:40:51	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/05/2020 18:35:58	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 17:28:45	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 16:55:57	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 16:34:57	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 15:39:49	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 14:45:48	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 14:01:56	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 13:11:11	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 12:36:55	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 12:30:46	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 12:29:30	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 12:22:01	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 11:58:28	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 11:53:41	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 11:16:56	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 11:16:00	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 11:15:16	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 11:14:34	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:51:23	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:19:06	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:15:22	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:09:06	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:08:57	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:07:38	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:06:45	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:04:36	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 10:02:57	CC	1119894087	MORA	FRANCO	MORELIA	JINETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:59:58	CC	1121960259	CLAVIJO	FERRO	KAREN	ESTEYSI	META	VILLAVICENCIO	NO



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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:56:59	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:53:25	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:51:34	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:50:29	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:44:39	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:44:29	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:41:34	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:40:26	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:38:37	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:35:35	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:35:13	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:31:44	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:27:54	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:27:52	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:26:46	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:26:06	CC	40398099	GARZON	RODRIGUEZ	CLAUDIA	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 09:05:36	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 08:54:10	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 08:45:32	CC	1193142908	GUERRA	LOPEZ	JENNIFER	DAYANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 08:38:51	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 08:29:52	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 08:26:03	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	30/05/2020 08:00:35	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:50:51	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:43:53	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:36:00	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:31:19	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:26:20	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:22:05	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:19:27	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:18:01	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	30/05/2020 07:14:02	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	30/05/2020 06:44:32	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	30/05/2020 06:39:09	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 23:29:59	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	29/05/2020 23:25:19	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com



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

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 21:34:46	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 20:57:00	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 19:39:37	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 19:36:50	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 19:28:37	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 18:48:23	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 18:13:45	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 18:11:52	CC	23324561	OVALLE	PINEDA	YOLY	PATRICIA	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 17:53:04	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 17:53:03	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 17:38:57	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 17:28:38	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 17:26:08	CC	33369727	HERRERA	HERRERA	SILVIA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 17:19:07	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 16:18:29	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 16:17:18	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 16:09:32	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 16:07:55	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 16:07:25	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 15:56:19	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 15:45:37	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 15:34:16	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 15:20:11	CC	35263051	CORDOBA	DUSSAN	JOVANNA	LIZET	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 15:11:24	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 15:08:04	CC	84455111	PENARANDA	CABALLERO	HAROLD	GUILLERMO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:52:38	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:51:14	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:44:32	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:38:46	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:29:45	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:23:00	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:22:28	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:18:25	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:10:33	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:09:21	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO



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



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:08:46	CC	19372804	SANTAMARIA A	RODRIGUEZ	JAIRO	ALFONSO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:04:03	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:04:02	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 14:00:42	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 13:57:23	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 13:50:52	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 13:50:27	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 13:27:04	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 13:18:52	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 13:05:55	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 12:27:19	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 12:24:19	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 12:20:46	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 12:19:09	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 12:18:45	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 12:17:46	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 11:50:52	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 11:49:45	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 11:42:29	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 11:04:52	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:36:26	CC	1193142908	GUERRA	LOPEZ	JENNIFER	DAYANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:35:19	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:33:26	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:26:28	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:23:48	CC	74369909	ESTUPIÑAN	SEPULVEDA	CARLOS	FRANCISCO	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:19:55	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:18:14	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:17:54	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:14:48	CC	1049629216	FERNANDEZ	ESPINOSA	KAROL	GISELA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 10:04:38	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:56:39	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:54:08	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:52:56	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:52:09	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:51:58	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:51:24	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	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 Junio**



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:49:59	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:48:18	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:47:09	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:45:26	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:41:47	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:33:04	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HIVIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:32:46	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:32:28	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:31:46	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:30:21	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:27:45	CC	1121960259	CLAVIJO	FERRO	KAREN	ESTEYSI	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 09:12:32	CC	1073380836	BALLESTERO S	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:53:04	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:42:03	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:41:35	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:39:58	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:30:07	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:25:25	CC	1057411768	FRANCO	VARGAS	KAREN	YESENIA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 08:13:12	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:54:42	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:53:34	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:52:25	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:51:18	CC	1049626113	FONSECA	LEON	SOLEIDY	PAOLA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:50:53	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:49:45	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:45:14	CC	46361131	MONTAEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:43:15	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:41:51	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:32:21	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:26:36	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:22:52	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:22:40	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:21:02	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:20:05	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:19:16	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:18:59	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303

www.jersalud.com



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



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:18:05	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:15:35	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:15:03	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:14:20	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:12:38	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIA R HUILA	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:12:36	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	29/05/2020 07:05:40	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	29/05/2020 06:29:15	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	29/05/2020 05:42:13	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO

6.5 Evidencia fotográfica aplicación protocolo de Bioseguridad



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 JUNIO 04 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	93	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	170	TALLA M 300 TALLA S 500	23	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	100	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	100	TALLA M - 500	30	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	200	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	300	TALLA M - 400	40	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	240	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	240	TALLA M 800	50	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	50	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA S - 100	60	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	190	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 130	50	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	170	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 150	50	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	150	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA S - 120	33	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	1200	72	0	120	TALLA S = 700 - TALLA M=600	400	100	45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 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	9700	13	5	155	190 TALLA M – 189 TALLA S	70	200	18
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	15	10	3	30	35 TALLA M	20	50	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	35	10	3	40	40 TALLA M	35	50	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	67	14	7	48	87 TALLA M	50	60	3
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	65	13	5	45	86 TALLA M	50	60	3



7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 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	250	21	2	183	23	72	39	5

7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

DISTRIBUIDORA PROJECTAR SAS
NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763005179468
DE FECHA 2019/09/06 NUMERACIÓN AUTORIZADA DEL DP 1001 AL DP 1100
NO SOMOS AUTORETENEDORES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ICA 3639 TARIFA 11.4 X 1.000

FACTURA DE VENTA
DP 1036

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

SEÑORES: JERSALUD S.A.S. (TUNJA)

FECHA: 29 DE MAYO DE 2020	CIUDAD: BOGOTÁ	TEL: 3124348672
DIRECCIÓN: CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA		NIT: 900.622.551-0
FORMA DE PAGO: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	FECHA DE VENCIMIENTO: 27 DE AGOSTO DE 2020	

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
8	LANCETAS MUESTRAS DE SANGRE M/MEDIPOINT CAJA X 200 UND	8	22.005	176.040
8	GASA PRECORTADA ESTERIL * 2"x3" (7.5 x 7.5 cm) sobre por 2 und/caja X 50 sobres	8	9.585	76.680
2	HOJAS DE BISTURI N° 10 CAJA X 100 UND	2	39.150	78.300
3	GORROS DESECHABLES TIPO ORUGA PQT X 100 UNDS. *	3	18.000	54.000
3	JERINGA DESECH. NUBENCO* 5 cc. (tres partes) esteril. Caja* 100 und	3	31.050	93.150
8	APLICADORES DE MADERA CON ALGODÓN PQ X 1000 UNDS	8	26.750	214.000
22	SABANAS PARA CAMILLA PAQUETE X 10 UNDS*	22	33.800	743.600
22	BATA PACIENTE MANGA LARGA PQ X 10 UNDS*	22	78.500	1.727.000
1	CINTA METRICA OBSTETRICA (ALTURA UTERINA) DE 50 CMS	1	4.334	4.334
94	TAPABOCAS CONVENCIONAL AZUL FAB. NACIONAL UND*	94	810	76.140
7	TAPABOCAS TERMOSELLADO BLANCO FAB. NAC. PQ X50 UND*	7	65.000	585.000
1	TAPABOCAS TERMOSELLADO FAB. NAC. PQ X40 UND*	1	52.000	52.000
1	TAPABOCAS BLANCO 3 CAPAS FAB. NAC. CAJA X30 UND* (*PRODUCTOS EXENTOS DE IVA)	1	40.000	40.000

IIT 80438545-4 TEL. 3142142993

Fecha Impresión: Lunes, 01 de junio de 2020 13:53

IVA - REGIMÉN COMÚN

Página



SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLIFICADO E ICA
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S
NIT: 900.433.437-8
Carrera 49 # 95-54 Barrio La Castellana
TELEFONOS: (+57) 3167443440
BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

FACTURA DE VENTA N° FQE3035



Fecha: 1/06/2020 1:52:53 p. m.
CUFE: 7ee93befb9eb5ee8220547ddeb9248a36e78c54e42c0eb7168779b0de7e2e0
de0b909d6c352373d1dcf1b23b1b32bb4

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
Detalle: OT. 274 INSUMOS ENVIADOS A JERSALUD TJA DESDE ALMACEN FARMAQX BOGOTÁ 01/06/2020 SOPORTADO CON CORREO	FACTURACION-FQX

Producto	Lote	Invlma	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300101301 - MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS ELASTICO		INVIMA 2009DM-0004943	27/09/2029	1200	0,00	0,00	\$ 1.208	\$ 1.449.600

VALOR BRUTO: \$ 1.449.600
IVA: \$ 0
RETEFUENTE: \$ 36.240
RETENCIÓN IVA: \$ 9
RETENCIÓN ICA: \$ 6.001

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



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta


	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/05/2020


UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA		
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
11	COMPRESAS	BOLSA	2
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
16	EQUIPO MACROGOTEO	UNIDAD	10
21	FIXIMURT	NA	2
23	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	40
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	5
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	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	15
52	TORUNDAS	PQUETE	1
54	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	20
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	10
66	JABON ANTIBACTERIAL	500 ml	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
70	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
81	SONDA NELATON # 8		200
82	SONDA NELATON # 10		150
83	BURETROL		10
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
90	TAPABOCAS N95		20
91	BISOR		4
92	MONOGAFAS		4
93	BROMURO DE IPRATROPIO	SOLUCION PARA INHALACION	3
94	ISOPOS DE MADERA	PAQUETE X20 UN	10

FIRMAS

SOLICITADO POR

FIRMA: 
 NOMBRE: Christóbal Pizarro
 CARGO: Asistente de farmacia, Atención domiciliar

RECIBIDO POR:

FIRMA: 
 NOMBRE: FELIX COLOMBINI
 CARGO: Asistente Admin

APROBADO POR:

FIRMA: _____
 NOMBRE: _____
 CARGO: _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303


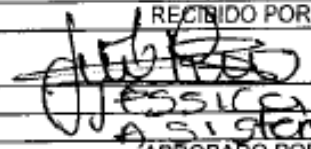


	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 29/05/2020

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

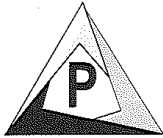
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	AGUJA HIPODERMICA 18GX1	CAJA	3
9	BAJA LENGUAS	CAJA 500 UNIDADES	1
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	170
12	CONOS PARA OTOSCOPIO ADULTO	PAQUETE X 34U	5
13	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	PAQUETE X 34 U	10
14	CURAS REDONDAS	CAJA	4
25	GORROS	BOLSA X 100U	11
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	12
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	12
32	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	14
33	GUARDIAN PEQUEÑO	RECOLECTOR	14
34	HOJAS DE BISTURY	CAJA	2
35	JERINGAS X 10CC	CAJA	2
38	JERINGAS X 5CC	CAJA	2
45	SABANAS	90X2	30
47	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	9
48	TAPA BOCAS N95	UNIDAD	100
49	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	5
57	ALCOHOL GALON	GALON	6
65	LIDOCAINA AL 1% TAPA VERDE	FRASCO	2
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	2
67	SOLUCION SALINA 0,9% 500ml	BOLSA	20
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	20
71	CIDEX OPA	GALON	2
78	GAFAS	NA	10

FIRMAS	
SOLICITADO POR:	
FIRMA	Olga Soledad
NOMBRE	OLGA SOLEDAD
CARGO	Enfermera Especialista en Admon. en Salud T.P 50-0190/97 Y S.M.O.S. Res. 0656/2010
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	Jessica Carbon
CARGO	Asistente Admin.
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Villavicencio D.C.
 Línea Central Nacional: 029800910302
VIGILADO



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare



**DISTRIBUIDORA
PROJECTAR SAS**

NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763005179468
DE FECHA 2019/09/06 NUMERACIÓN AUTORIZADA
DEL DP 1001 AL DP 1100
NO SOMOS AUTORETENEDORES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ICA 3639 TARIFA 11.4 X 1.000

FACTURA DE VENTA

DP 1033

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

SEÑORES: JERSALUD S.A.S. (YOPAL)			
FECHA: 27 DE MAYO DE 2020	CIUDAD: BOGOTÁ	TEL: 3124348672	
DIRECCIÓN: CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA		NIT: 900.622.551-0	
FORMA DE PAGO: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	FECHA DE VENCIMIENTO		25 DE AGOSTO DE 2020

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	BROCHA PEQUEÑA DE CERDAS SUAVES (LIMPIAR TECLADOS)	2	5.000	10.000
	CABLE ESPIRAL 5/8 DUO ROLLO *20MTS	2	24.000	48.000
	CAJA DE RESALTADORES COLORES SURTIDOS	1	15.000	15.000
	CINTA AUTO- ADHESIVA DEMARCAACION DE PISO AMARILLO NEGRO ROLLO * 33MTR 4070x	1	38.000	38000
	CINTA AUTOADHESIVA AMARILLA 48 MM *30 METROS	1	33.750	33.750
	CINTA TRANSPARENTE - 2" ANCHA * 200 MTRS APROX.	1	6.000	6.000
	COLBON LIQUIDO FRASCO x 225 GR	1	5.332	5.332
	ESFERO KILOMETRICO RETRACTIL CAJA *12 NEGRO	1	7.630	7.630
	PAÑO DE MICROFIBRA PARA LIMPIAR PANTALLA SET *3UND	1	10.084	10.084
	PAPEL CARBON NEGRO *100 UNIDADES	1	7.941	7.941
	TAPABOCAS N-95 * 20 UNDS	1	108.000	108.000
	ENVIO PEDIDO / FLETE	1	30.000	30.000
	EXENTO DE IVA			

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438545-4 TEL. 3142142993

OBSERVACIONES: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	SUB-TOTAL	319.737
	I.V.A	40.230
SON: TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE	TOTAL	359.967

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

AUTORIZADO POR:

DISTRIBUIDORA
PROJECTAR SAS
NIT 900.669.318-3

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

FIRMA Y SELLO DE ACEPTANTE COMPRADOR
28-05-2020 NIT 0 C.C.

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

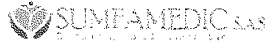
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Linea Control Nacional 018000910303

www.jersalud.com



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





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

N°: 2175

Cliente: JERSALUD SAS YOPAL
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 3213965735
Dirección: CLL 40 23 99
Ciudad: Villavieco - Colombia
Correo:

Fecha de factura: 2020-05-26
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización: C-1-353

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	8,500.00	0 %	0 %	425,000.00 ✓
2	1002503	ESPECULO PLOTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	3.00	6,500.00	19 %	0 %	23,205.00 ✓
3	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	100.00	163.87	19 %	0 %	19,501.00 ✓
4	JEME0003	JERINGA 3P. 3CC C/A 21X 1 1/2	100.00	155.00	19 %	0 %	18,445.00 ✓
5	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	1.00	48,000.00	0 %	0 %	48,000.00 ✓
6	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	2.00	2,700.00	0 %	0 %	5,400.00 ✓
7	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	1.00	26,000.00	0 %	0 %	26,000.00 ✓
8	SOL-00675	EUCIDA ADVANCED SPRAY X750ML AMONIO CUARTENARIO	1.00	45,000.00	0 %	0 %	45,000.00 ✓
9	I-COND	PRESERVATIVOS X 80 UND	2.00	35,000.00	0 %	0 %	70,000.00 ✓
10	AXA3009389	CURAS HANSAPLAST STANDAR TRANSPARENTE	1.00	4,500.00	0 %	0 %	4,500.00 ✓

ELABORADA POR SUELO S.A.S. NIT 900001614889

Valor en Letras:

Seiscientos ochenta y cinco mil cincuenta y uno pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-07-25 por \$ 685,051.00

Total Bruto	675,287.00
IVA 19%	9,764.00
Total a Pagar	685,051.00

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO

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 187630055709383 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. 901222681-7
 Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila
 Elaborado por

[Firma]
 Firma recibida
 28-05-2020



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

Evidencia solicitud por parte asesor ARL Positiva a gerencia de ARL para seguimiento entrega de EPP



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104

Teléfono: 3125284435

TUNJA- BOYACA

ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
Guantes NO estériles	1000
Gel	100

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCel  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda





actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Agradecemos la atención prestada y nos ponemos a su disposición, para continuar sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud de nuestros trabajadores afiliados.

Por su amable atención, gracias.

Cordialmente,



JORGE MAURICIO CONTRERAS

Gerente de Administración del Riesgo

Anexo: Fichas Técnicas de EPP (17 fóllos)
Elaboro: Andrea Gonzalez
Reviso: Jorge Mauricio Contreras
Forma de envío: Correo certificado





VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda





Agradecemos la atención prestada y nos ponemos a su disposición, para continuar sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud de nuestros trabajadores afiliados.

Por su amable atención, gracias.

Cordialmente,



JORGE MAURICIO CONTRERAS
Gerente de Administración del Riesgo

Anexo: Fichas Técnicas de EPP (17 fótos)
Elaboro: Andres Gonzalez
Reviso: Jorge Mauricio Contreras
Forma de envío: Correo certificado

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

9. EVIDENCIA AUTEVALUACIÓN SG-SST CERTIFICADO 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**



10. EVIDENCIA ENVIO PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19

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.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI...
7 MB



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...
1015 KB

2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desalojarlo de su sistema.

www.jersalud.com



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



11. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

8.1 Evidencia publicación informe Bioseguridad en página Web



8.2 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%201%20UNIO.pdf>



Aprobación

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST. Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
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	

