

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 1 DE SEPTIEMBRE

**Del 31 de Agosto
al 04 de
Septiembre 2020**

1. REUNION COPASST SEMANA 1 SEPTIEMBRE DEL 31 DE AGOSTO AL 04 DE SEPTIEMBRE 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 022 de Septiembre 2020 Semana 1

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

ACTA N° 022 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD 03	MM 09	AA 2020	HORA INICIO 09:05 A.M.	HORA FINALIZACION 09:25A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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



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

Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

La secretaria del COPASST (Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) realiza llamado a lista, de los cuales asistieron los mencionados a continuación:

- Karen Emilia Melo González
- Julieth Eliana Araque Sosa
- Olga Soledad Linares
- Sonia Yaneth Ruiz García
- Ruth Mary Baquero
- Aura Cristina Londoño
- Jenny Gabriela Gutiérrez
- Ysella González Cuevas

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 #021 de Agosto de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

3. SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR (REALICE LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR Y DETERMINE EL % DE CUMPLIMIENTO DE CADA TAREA)

COMPROMISOS						
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Reporte al uso de incumplimiento al Uso de EPP'S por parte de los colaboradores	Miembros COPASST	Continuo	Jersalud Nacional	Actas de compromiso y procesos disciplinarios	En seguimiento	



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

Consolidado de casos sospechosos y confirmados COVID-19	Analistas SST	15/09/2020	Jersalud Nacional	Consolidado casos sospechosos y confirmados COVID-19	0%	
---	---------------	------------	-------------------	--	----	--

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI

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

SI

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

SI



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

ITEM	DESCRIPCIÓN	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGÚN CORRESPONDENCIA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 3 (3.1,3.2)



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

3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X	Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega).	100	100%	Integrado en Informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en Informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministros por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 7 (7.1,7.2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 8
8	Se planean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copesost semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 022 Numeral 4.4



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

9	Link de Publicación del Informe	X	Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 4 de Agosto en página web http://www.jersalud.com/pdf/INFORMEN%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20AGOSTO.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 1 Septiembre 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL				1000	100%	

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

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Seguimiento a solicitud tamizaje pruebas COVID-19 personal de salud		Jefes administrativas y de talento humano	15/09/2020

4.5 Se realiza socialización de correo enviado por parte del Ministerio de Trabajo Regional Casanare en el cual se especifica:

De acuerdo con los lineamientos socializados en reunión de acompañamiento por parte de este despacho y la ARL, se observa la entregada con fecha de corte del 31 de agosto de 2020, no se observa el cumplimiento de los requisitos, razón por la cual se debe entregar semanalmente, hasta tanto no se garantice el cumplimiento de este ítem.

1. Porcentaje de cumplimiento mayor al 90%
2. No tener reportes positivos de COVID-19
3. Mejorar el porcentaje de calificación y/o mantenerlo
4. Que no se tengan quejas y/o averiguaciones preliminares por presuntos incumplimientos
5. Publicación de los respectivos informes
6. Tener inventario necesario para el mes. (Se verificará los inventarios y proyecciones)
7. Acompañamiento de la ARL y Ministerio (Agendar previamente las reuniones)



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

4.6 Se relaciona el listado de casos activos COVID-19 en la organización Jersalud Nacional:


NOMBRE DEL COLABORADOR	TIPO DE CASO	REGIONAL	OBSERVACIÓN
Diego Alejandro Rojas Montero	Confirmado	Boyacá- Tunja	Caso positivo confirmado debido a contacto estrecho con familiar Confirmado COVID-19. Se encuentra en aislamiento obligatorio. Paciente Sintomático
Ana Silvia Peña Narváez	Confirmado	Boyacá - Moniquirá	Caso positivo confirmado, tuvo contacto estrecho con familiar confirmado de COVID-19. Se encuentra en aislamiento obligatorio y con incapacidad hasta el día 09/09/2020. Paciente Sintomático.
Leidy Carolina Amaya Talero	Sospechoso	Bogotá	Caso presunto debido a posibilidad de contacto estrecho con compañero de trabajo positivo Confirmado COVID-19. Se encuentra en aislamiento preventivo a espera de resultados de Prueba PSR. Paciente Asintomático. Por parte de ARL se va a tomar Anticuerpos.
Lina Alejandra Pinzón Castiblanco	Confirmado	Boyacá - Duitama	Caso Positivo confirmado debido a contacto estrecho con caso Positivo confirmado de COVID-19 compañero de trabajo. Se encuentra en aislamiento obligatorio hasta el día 07/09/2020. Paciente asintomático
Diana Marcela Neira Rojas	Sospechoso	Villavicencio	contacto estrecho con caso positivo su Cuñado, cita con ips el día 19 agosto 2020, paciente sintomático en aislamiento, doctor indica realizar seguimiento en 3 días para definir toma de muestra o No.
Leidy Pizarro	POSITIVO	Villavicencio	Paciente que tuvo contacto con caso positivo Su familiar (Abuela), se realiza aislamiento preventivo



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

Luz Esperanza Guerrero	Sospechoso	Granada	paciente que manifiesta sintomatología el día 19 agosto 2020, acude por eps el día 21 agosto, se envía prueba para Covid-19, se Genera aislamiento
Wendy Yaneth Gaitan Penagos	Positivo	Villavicencio	Paciente que manifiesta tener contacto estrecho con suegro positivo para Covid, se genera aislamiento, solo manifiesta tener Tos
Laura Sofia Pinto	No se ordena prueba	Villavicencio	Paciente que tuvo contacto con caso positivo Su familiar (Hermano), se realiza aislamiento preventivo
Jesica Ponton Palacios	Positivo	Villavicencio	Paciente que reporta sintomatología el día 26 agosto 2020, se genera aislamiento, paciente que se toma muestra particular en laboratorio UNLAB positivo. Sin embargo tiene soporte de aislamiento de EPS Sanitas
Mery Yadira Garcia Alvarez	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Jessica Ponton, se genera aislamiento a partir del día 27 agosto 2020
Nancy Niño Chaura	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Jessica Ponton, se genera aislamiento a partir del día 27 agosto 2020
Zulma Yomara Botia Hernandez	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Leidy Pizarro, se genera aislamiento a partir del día 29 agosto 2020
Jennifer Alexandra Bocanegra Andrade	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Leidy Pizarro, se genera aislamiento a partir del día 29 agosto 2020
Maria Emilse Navarro Arango	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que tiene contacto con caso positivo, compañera Wendy Gaitán, se



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

			genera aislamiento a partir del día 29 agosto 2020
Nubia ramos	Sospechoso	Villavicencio	Funcionaria que manifiesta tener sintomatología. Niega tener contacto con paciente positivo, se da indicaciones de acudir a su médico y se genera aislamiento.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Reporte al uso de incumplimiento al Uso de EPP'S por parte de los colaboradores	Miembros COPASST	Continuo	Jersalud Nacional	Actas de compromiso y procesos disciplinarios	
Consolidado de casos sospechosos y confirmados COVID-19	Analistas SST	15/09/2020	Jersalud Nacional	Consolidado casos sospechosos y confirmados COVID-19	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA


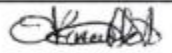
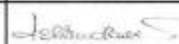

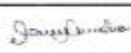
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



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

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




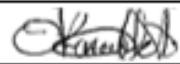
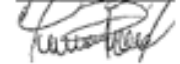


SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 022 de 2020					
FECHA: 03/09/2020		HORA DE INICIO: 09:05 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:25a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare


		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA			F(GI)012
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
SEDE:		JERSALUD NACIONAL			
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 022 de 2020					
FECHA: 03/09/2020		HORA DE INICIO: 09:05 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:25a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1,122E+09	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR MEDIO DEL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1,121E+09	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	F/GI012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

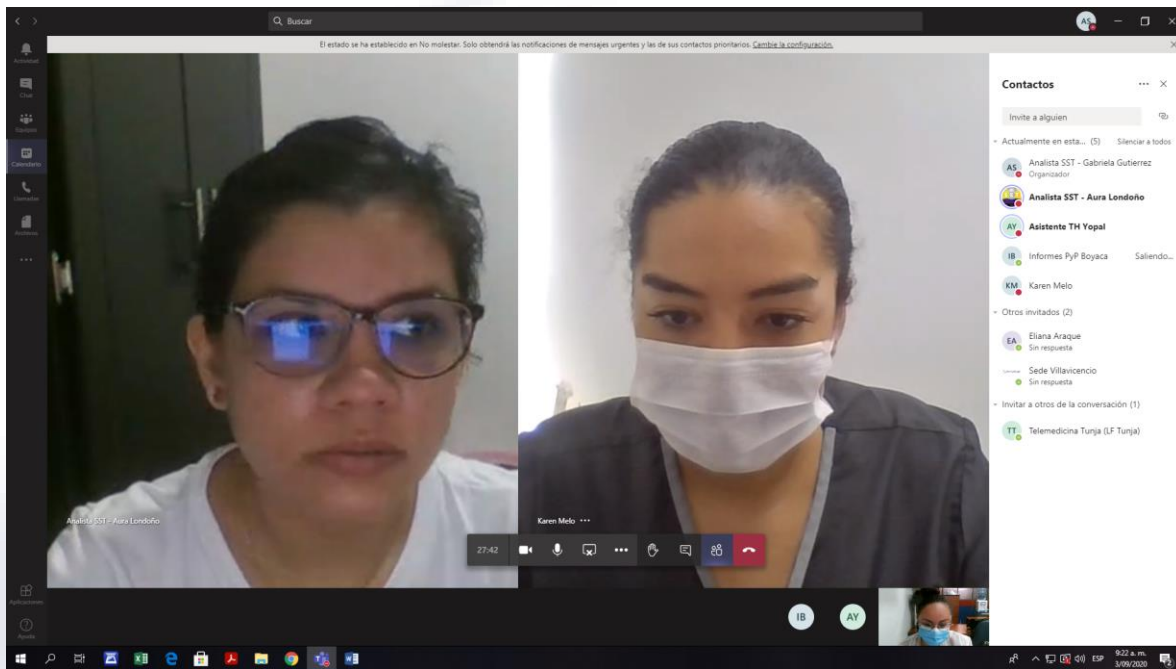
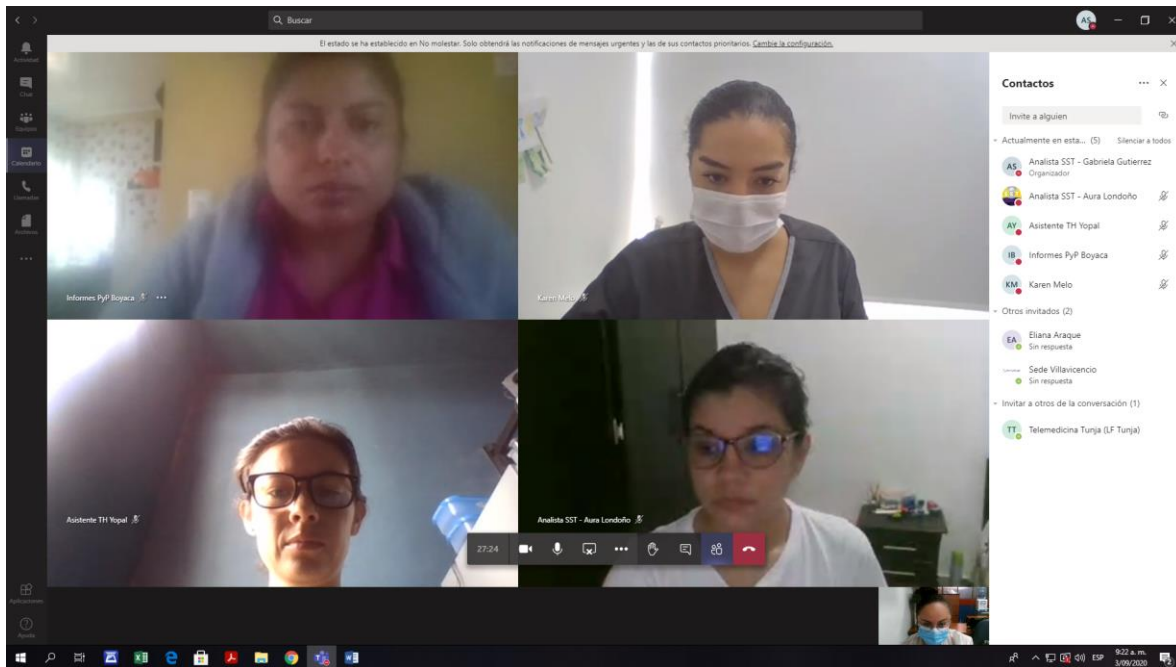
INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 022 de 2020			
FECHA: 03/09/2020	HORA DE INICIO: 09:05 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:25a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO					
Nº	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					

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



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion 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	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO DE EXPOSICION FRENTE COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADA
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	INCAPACTADA HASTA 02/SEPT
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	

www.jersalud.com



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



45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
54	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
61	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
62	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
65	CC	1049799152	NIYRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
66	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
67	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
68	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
82	CC	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
83	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
84	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
85	CC	1052020668	DEISY LIJANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
86	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
87	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
88	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
89	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA TECNICO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
90	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
91	CC	1056930698	FABIO ANDRES PARADA ACUÑA	ANALISTA DE FACTURACION	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
92	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
93	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERIO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
94	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA



95	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
96	CC	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	Auxiliar de Farmacia	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
97	CC	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	Regente de Farmacia Tipo I	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
98	CC	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	Auxiliar de Farmacia	MONQUIRA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADA
99	CC	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	Regente de Farmacia Tipo I	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTA	
100	CC	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	Auxiliar de Farmacia	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
101	CC	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	Regente de Farmacia Tipo II	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
102	CC	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	Regente de Farmacia Tipo I	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
103	CC	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	Regente de Farmacia Tipo II	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
104	CC	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	Auxiliar de Farmacia	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
105	CC	1057579181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	Auxiliar de Farmacia	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
106	CC	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	Auxiliar de Farmacia	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
107	CC	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
108	CC	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	Auxiliar de Farmacia	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
109	CC	52835873	LILIA ANGELICA DURAN RODRIGUEZ	Regente de Farmacia tipo II	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
110	CC	1049795603	YANIBE DEL ROSARIO VELASQUEZ HERNANDEZ	Auxiliar de Farmacia	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
111	CC	33378530	NIDIA ROCIO SAENZ PEÑA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
112	CC	1118530677	GLORIA ESPERANZA HINCAPIE MARTINEZ	COORDINADORA DE SERVICIO FARMACEUTICO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
113	CC	1051240358	DEISY JOHANA GIL VANEGAS	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
114	CC	40047556	SANDRA MILENA PIÑEROS CHAVEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
115	CC	1102834710	LASTIS ISABEL TATIS DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
116	CC	1049618508	JULIANA ANDREA ARIAS ROJAS	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
117	CC	24017772	MYRIAM AURORA BUITRAGO CASTRO	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
118	CC	50916656	CARMEN CECILIA CACERES ÑUSTEZ	Auxiliar de Farmacia	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
119	CC	80731848	WILSON REYES ALAYON	ANALISTA ADMINISTRATIVO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	INGRESO 03/09/2020
120	CC	1140835503	KAREN LORENA FLOREZ RANGEL	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	INGRESO 03/09/2020

2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META					
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
6	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
7	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
8	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
9	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
10	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA



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

13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
23	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
24	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
25	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
27	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121905645	SANDRA YAMILLE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
30	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
33	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
39	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
40	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
41	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
42	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
43	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
44	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
45	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
46	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
47	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
48	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
49	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO



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

53	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
54	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
55	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
56	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
57	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
58	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
59	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
60	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
61	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
62	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
63	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
64	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
65	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
66	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
67	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	CALAMIDAD POR LUTO
68	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
69	1121872800	WILDER JULIAN NOVOA BORJA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
70	1121833197	ANDREA CAROLINA BARBOSA VALLEJO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
71	23623995	RUBY RUIZ SALAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
72	1063154205	GABRIEL ESTEBAN BABILONIA ESCOBAR	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
73	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
74	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
75	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
76	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
78	1123567118	JENNIFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
79	35262556	ADRIANA VALDES VIVEROS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
80	1121816223	ODIVER ESMERALDA GUERRERO VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
81	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
82	1121930795	ANGIE JULEIDY MACHADO ROMERO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
83	86056869	EDGAR ANDRES GARCIA PORRAS	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
84	1121860890	XIOMARA OLAYA MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
85	1127390578	DUVAN FERNEY VILLEGAS	ANALISTA DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
86	1121876618	ÉRICA EUGENIA HERNÁNDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
87	1010066853	CLAUDIA VANESA PARADA SUAREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
88	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	



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



89	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
90	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
91	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
93	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
94	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
95	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
96	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
97	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
98	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
99	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
100	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
101	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
102	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
103	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
104	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
105	1121827319	MARIAM GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
106	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
107	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
108	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
109	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDONEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
110	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
111	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
112	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
113	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
114	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
115	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
116	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
8	CC	1.090.495.225	Maria Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Dario Uva	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	23726655	Amerida Barrera Tolosa	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	1.118550499	Diana Paola Luna Trujillo	Regente de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
13	CC	1118570378	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Medico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	1118554078	Angela Consuelo Zipa	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tijeros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Cordoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
18	CC	52.704.266	Nelsy Johana Miranda Santos.	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL



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

Material 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, como comonomeros dentro de condiciones óptimas de temperatura y presión en presencia de un catalizador superactivo.

Resistencia Química

Como la mayoría de los 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 SMS.
- Permeabilidad al aire.
- Alta resistencia a la tensión en ambas direcciones.
- El tejido no se deshila 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.
- Antibalístico y no tóxico.
- Antibiótica.

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 líquidos no transpirante, suavidad al tacto ▪Sujecion en la cintura puños de algodón ▪Medidas 117 largo x 140 de ancho ▪Tallas estandar ▪Técnica de asepsia ▪Antialérgico, higienico.
CARACTERÍSTICAS	<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, sierrad, 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 valoración medica o tratamientos ▪servir como barrera microbiana entre la relación medica, paciente y viseversa ▪Desechar una vez utiliz ▪Producto para uso personal, unico uso
PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪Se debe considerar las precauciones recomendadas por normas de bioseguridad <p style="text-align: center;">" Todos los pacientes y sus fluidos corporales deben ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión"</p>
DISPOSICIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪Desechar como residuos peligrosos biologico-infecciosos.(Decreto ley 2811 de 1974 y la ley 99 de 1983) en relacion con la gestion integral de residuos solidos,as como la Ley 142 de 1994 ,Ley 632 de 2000 y la ley 689 de 2001 ,en cuanto tiene que ver con la presentación del servicio publico de aseo.
CODIGO	3100000355
UNIDAD DE VENTA	BOLSA 10 UNIDADES



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



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
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	Cumple con los parámetros internos de calidad establecidos por la organización
DISPOSICION FINAL	
LEGISLACION APLICABLE	

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA	 GUILLERMO ESTEBAN TORRES


Copia Controlada

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Comuna Nacional, 0100010302



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



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

FICHA TÉCNICA



1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

2. Identificación y empaque:

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



SOSEGA®

Safety Solutions

INFORMACIÓN TÉCNICA

MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA
Con Válvula
Ref: 130730



APLICACIONES

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

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

CARACTERÍSTICAS

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

ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

ADVERTENCIAS

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





LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO

DESCRIPCION:

- ✓ Cuales de exploración desechables, elaborados a base de látex natural, sin polvo y/o ligamiento polvados con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, mínima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeable, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, rebabas y aristas cortadas.
- ✓ Aséptico, hipoalérgico, atóxico.

CARACTERISTICAS

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubrificadas con polvo biodegradable notada USP.
- ✓ Resistentes a la rotación.
- ✓ Color natural
- ✓ De forma anatómica, zona de agarre texturada y con superficie lisa, lisa y uniforme antideslizante.
- ✓ Cumple con las pruebas de nivel de calidad de acuerdo a las normas internacionales Vigentes: ISO 11193, EN 455-3, EN 455-2 y ASTM D 3075-01

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

3.2.1 Factura Regional Boyacá

Fecha Impresión: viernes, 14 de agosto de 2020 14:21

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 906.433.437-8

Carrera 49 # 55-54 Barrio La Castellana
 TELEFONOS: (+57) 3187443440
 BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

Fecha: 14/08/2020 2:21:02 p. m.

CUFE: 7ee03ee7f9eb8e623284744462348a28a78d84e42cabe7188779eada7e2e8
 da9f908d4c352373c1dcf9a33e1b32b04

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4899 TARIFA (4.14*1000) POR COMPRAS. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

FACTURA DE VENTA N° FQE5704



Datos Generales	
Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Teléfono: 5515123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	FQXBA102 - BTA-OPERATIVO
Detalle: TRASLADO DE FARMA 393 A JERSALUD TUNJA 14-08-2020	U. Funcional: FACTURACION-FQX MIOCARDIO CASTELLANA

Producto	Lote	Invlms	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300108620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		800	0,00	0,00	\$ 7.560	\$ 6.048.000
300107910 - MASCARILLA N96 NITTA SERIE 9510				50	0,00	0,00	\$ 11.442	\$ 572.090
VALOR BRUTO:								\$ 6.620.092
IVA:								\$ 0
RETEFUENTE:								\$ 185.502
RETENCIÓN IVA:								\$ 0
RETENCIÓN ICA:								\$ 27.407
VALOR NETO FACTURA:								\$ 6.427.183

TOTAL: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO OCHENTA Y TRES PESOS MChs.

ELABORÓ

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



Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18783504712560 DEL 28/02/2020 previo autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 27524 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. "Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 15 de abril de 2020". Efectuar Retención del 2,5% por Compras.

ESTA FACTURA SE ADMITE EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774779 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 53089545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - PQ

Usuario Impresión: 53089545 - DIANA FIGUEROA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD DUITAMA

Hoy, **AGOSTO 18 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 BONAIRE GLADE	ENTREGADOS EL 09-07-2020 PARA EL MES DE AGOSTO
2	AROMATICA JAIBEL - SABORES SURTIDOS	
2	CAFÉ INSTANTANEO NESCAFE TRADICIONAL	
1	AZUCAR TUBIPACK RIOPAILA O INCAUCA	
200	BOLSA VERDE PEQUEÑA 50 X 60	
100	BOLSA GRIS PEQUEÑA 50 X 60	
2	PAÑO MICROFIBRA AZUL	
2	PAÑO MICROFIBRA ROJO	
1	BLANQUEADOR 5% GALON	
2	PAÑO MICROFIBRA VERDE	
2	LIMPIADOR DESINFECTANTE FULL FRESH	
2	MECHA TRAPERO COPA 500 GR	
2	MECHA TRAPERO PLANA 500 GR	
2	GUANTES ROJOS CALIBRE 35 TALLA 8 1/2	
2	GUANTES NEGROS CALIBRE 35 TALLA 8 1/2	
1	CLEAN BY PEROXY	
1	TAPABOCAS ELASTICO	
2	VASO DESECHABLE - AGUA 7.0 ONZ TRASLUCIDO	
4	ENVASE CONICO TRANSPARENTE 1000 ML	
2	CLHORINATED DEGREASER	
1	DESINFECTANTE SANI 10	
4	PAÑO MICROFIBRA NARANJA	
3	ALCOHOL	
1	GORROS DESECHABLES TIPO ORUGA	
1	PAPELERA TAPA PEDAL 20L ROJA	
6	TOALLA DE MANO ROLLO BLANCA	
8	PAPEL HIGIENICO JUMBO SANITISU BLANCO	
100	TAPABOCAS CONVENCIONAL	
120	BATAS DESECHABLES 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.

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



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

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C. 1.049.628.122
 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



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)021
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 2 de 8

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD DUITAMA

Hoy, **AGOSTO 28 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
300	ISOPAÑIN ANTISEPTICO	
220	BATAS MANGA LARGA	
500	TAPABOCAS CONVENCIONAL	
3	MICROPORE DE 2 PULGADAS - COLOR PIEL	
1	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	
700	GUANTES LATEX TALLA M	
4	GEL ANTIBACTERIAL MANOS PORTATIL PEQUEÑO	
50	BATAS MANGA CORTA	
60	CONOS PARA OTOSCOPIO	
200	GORROS DESECHABLES	
20	POLAINAS	
2	LIDOCAINA JALEA	
50	GASA ESTERIL PRECORTADA PQT X 5 UND	
10	TAPABOCAS N 95	
20	APLICADORES EN MADERA PQT X 20 UNIDADES	
15	TALONARIO DE ORDENES MEDIACAS	
15	TALONARIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	

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. 1.049.628.122
 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



	ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	F(GA)U21
		Nov-2018
		Versión: 1
		Páginas: 7 de 8

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD GARAGOA

Hoy, **AGOSTO 28 DE 2020** yo **ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO** hago entrega oficial de los elementos y 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
30	SABANAS PARA CAMILLA	
40	BATAS MANGA LARGA	
50	GASA ESTERIL PRECORTADA PQT X 5 UND	
1	LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	
200	APLICADORES EN MADERA	
300	GUANTES LATEX TALLA M	
96	CONOS PARA OTOSCOPIO	
5	TALONARIO DE ORDENES MEDIACAS	
5	TALONARIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



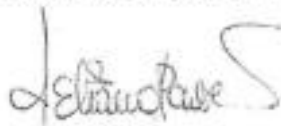
C.C. 1.052.403.488
Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGUERO
Cargo: Asistente Administrativo

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:




C.C. 1.020.752.786
Nombre: DIANA ROCIO 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: 8 de 8

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD GUATEQUE

Hoy, **AGOSTO 28 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
300	TAPABOCAS CONVENCIONAL	
60	BATAS MANGA LARGA	
50	BATAS MANGA CORTA	
1	HOJAS DE BISTURI N° 10 CAJA X 100 UNDS	
1	CINTA ALTURA UTERINA	No llega.
60	CONOS PARA OTOSCOPIO	
40	SABANAS PARA CAMILLA	
5	TALONARIO DE ORDENES MEDIACAS	
5	TALONARIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	

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. 1.020.752.786
 Nombre: DIANA ROCIO 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: 5 de 8

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD MONQUIRÁ

Hoy, **AGOSTO 28 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
200	GUANTES LATEX TALLA S	
1	ISODINE SOLUCION	
2	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	
50	GASA ESTERIL PRECORTADA PQT X 5 UND	
1	QUIRUGER	Glutaraldehido 1llego.
20	BATAS MANGA CORTA	
30	BATAS MANGA LARGA	
8	TAPABOCAS N 95	
1	CITOSPRAY	
5	TALONARIO DE ORDENES MEDIACAS	
5	TALONARIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	

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 AGUERO
 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: 3 de 8

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD SOGAMOSO

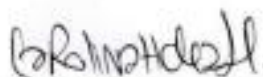
Hoy, **AGOSTO 28 DE 2020** yo **ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO** hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
1	CITOSPRAY	
5	GEL ANTIBACTERIAL PORTATIL	
50	GASA ESTERIL PRECORTADA PQT X 5 UND	
60	CONOS PARA OTOSCOPIO	
300	TAPABOCAS CONVENCIONAL	
200	BATAS MANGA LARGA	
500	GUANTES LATEX TALLA M	
200	ISOPAÑIN ANTISEPTICO	
5	TAPABOCAS N 95	
2	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	(P)
15	TALONARIO DE ORDENES MEDIACAS	
15	TALONARIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	

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 AGUERO
 Cargo: Asistente Administrativo

C.C. 1.049.631.798

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: 4 de 8

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD CHIQUINQUIRÁ

Hoy, **AGOSTO 28 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
300	TAPABOCAS CONVENCIONAL	
50	BATAS MANGA LARGA	
20	BATAS MANGA CORTA	
100	ISOPAÑIN ANTISEPTICO	
8	ASEPSIDINA (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	
8	ASEPSIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	
20	SABANAS PARA CAMILLA	
400	GUANTES LATEX TALLA S	
10	TALONARIO DE ORDENES MEDIACAS	
10	TALONARIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	

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 AGUERO

Cargo: Asistente Administrativo



C.C. 1.053.378.976

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



3.2.2 Factura Regional Meta

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	150.00	6,950.00	1,042,500.00
2	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUAANTE BIOLIFFE	Ver	60.00	1,950.00	139,230.00
3	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	Ver	120.00	450.00	54,000.00
4	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	6.00	28,000.00	168,000.00
5	158622	RECOLECTOR GUARDIAN 2.8 LTS ESTRA	Ver	10.00	10,500.00	105,000.00
6	176759	RECOLECTOR GUARDIAN 1.3 LTS ESTRA	Ver	2.00	8,500.00	17,000.00
7	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	14.00	45,000.00	630,000.00
8	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	7.00	18,000.00	126,000.00
9	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	6.00	29,500.00	177,000.00
10	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	Ver	2.00	7,000.00	14,000.00
11	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	4.00	2,900.00	11,600.00
12	LU-ES	TUBO ESPARADRAPO LEUKOPLAST SURTIDO X5	Ver	2.00	52,000.00	104,000.00
13	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	4.00	29,500.00	118,000.00
14	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	24.00	5,200.00	124,800.00
15	DISC-1806002	ALGODON EN TORUNDAS LIBRA MK	Ver	3.00	12,500.00	37,500.00
16	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	Ver	24.00	1,900.00	45,600.00
17	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	5.00	2,200.00	11,000.00
18	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	2.00	4,200.00	8,400.00
19	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	Ver	1.00	12,800.00	15,232.00
20	QDJ60	QUIRUCIDAL JABON X 60 CC	Ver	3.00	8,500.00	25,500.00
21	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00
22	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	2.00	28,500.00	57,000.00
23	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	200.00	116.00	23,200.00
24	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 90X2 UNIDAD	Ver	30.00	5,700.00	171,000.00
25	CONSAB	SABANAS SENCILLA resortada IR UNIDAD	Ver	20.00	5,700.00	114,000.00
26	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	Ver	5.00	62,000.00	310,000.00
Total Bruto						3,629,700.00
Subtotal						3,629,700.00
IVA 19%						24,662.00
Total a Pagar						3,654,362.00

Elaborado por Signo S.A.S NIT: 830.048.145-6-6



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.681-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 8748246
Neiva - Colombia

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-29

Cotización
No. C-1-463





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

Cotización
No. C-1-462

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-29

Elaborado por Sigo S.A.S Nit: 830.048.145-95-4

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	Ver	10.00	950.00	9,500.00
2	EQ-II351AK	BAJALENGUA ALGRANEL X 500 KENNEDY	Ver	1.00	28,151.27	33,500.01
3	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	1.00	29,500.00	29,500.00
4	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	29,500.00	885,000.00
5	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	28,500.00	285,000.00
6	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	Ver	150.00	1,450.00	217,500.00
7	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	200.00	270.00	54,000.00
8	DATAPA	TAPABOCA EMPAQUE INDIVIDUAL-UNIDAD	Ver	40.00	1,800.00	72,000.00
9	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	50.00	18,000.00	900,000.00
10	EQ-VASE	VASELINA PURA X 500 GR	Ver	2.00	14,285.72	34,000.01
11	4251300	CATETER N° G-24X 3/4 INTROCAM	Ver	10.00	1,800.00	18,000.00
12	4251318	CATETER N° G-22X 1 INTROCAM	Ver	10.00	1,800.00	18,000.00
13	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	30.00	1,900.00	57,000.00
14	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	2.00	4,800.00	9,600.00
15	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	820.00	82,000.00
16	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	Ver	2.00	15,500.00	36,890.00
17	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	10.00	5,100.00	51,000.00
18	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	Ver	5.00	4,800.00	24,000.00
19	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	Ver	5.00	18,000.00	90,000.00
20	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA LARGA	Ver	100.00	18,500.00	1,850,000.00
21	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	Ver	20.00	9,500.00	190,000.00
22	34841	GEL ANTIBACTERIAL BIDON	Ver	1.00	232,000.00	232,000.00
23	184	JABON LIQUIDO X BIDON	Ver	1.00	89,000.00	89,000.00
24	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	Ver	1.00	13,500.00	13,500.00
25	021230	JABON DE MANOS X 500 ML	Ver	1.00	12,500.00	12,500.00

Total Bruto	5,276,822.71
Subtotal	5,276,822.71
IVA 19%	16,667.31
Total a Pagar	5,293,490.02

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



FECHA DE SOLICITUD:		8-Jul-20		AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavieco			
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES		
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000	
1	BAJALENGUAS	A	CAJA	ALMACEN	300101655	41	CMC	CAJA X 100	
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES	
10	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAM	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLAM CAJA	ALMACEN	300120157	30.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 75 CAJA	ALMACEN	300120147	800	FARMA	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
50	CATETER No 24 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101036	1.190	CMC		
50	CATETER No 22 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101035	1.190	CMC		
30	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO F	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC		
2000	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50	
1	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL	
100	NELATON No 08 Sonda	A	PAQUETE X 50	ALMACEN	300101126	437	CMC		
200	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101080	194	CMC	CAJA X 100	

FECHA DE SOLICITUD:		26-Jul-20		AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavieco			
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
150	BATA QUIRURGICA DESECHABLE MANGA LARGA NO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300107909	7.200	TEXMOCOLOR	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$500.000	
60	ESPEJULOS DESECHABLES	A	UNIDAD	ALMACEN	300101074	2.000	CMC	-	
120	GASA PRECORTADA 7,5 CMS X 7,5 CMS SOBREVESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300105074	49	CMC	-	
2	CURAS REDONDAS	A	CAJA X 100	ALMACEN	300105715	3.500	CMC	CAJA X 100	
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES	
2	GUARDIAN PEQUEÑO 15 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300102056	2.012	GUARDIANES Y RECOLE		
10	GUARDIAN 2,5 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLE	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$800.000	
2	SABANIAS	A	BOX 2	ALMACEN	300101298	4.590	CMC	MEDIDA 2,20 X 87	
2	ESPARADRAPO TIPO HOSPITALARIO	A	TUPO SURTIDO 15	ALMACEN	300101280	34.800	CMC		
2	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
4	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAM	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
48	MICROPORE TRANSPARENTE DE 2 PULGADAS	A	CAJA X 12 UNIDADES	ALMACEN	300106361	8.136	CMC		
3	TORUNDAS X 500 gms PAQUETE	A	PAQUETE	ALMACEN	300112132	10.350	CMC		
3	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO FCO/500ML	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC		
200	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100	
700	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50	
7	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	300102473	24.500	MPAH	-	
5	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL	
1	OTOFONADOR SPRAY	A	UNIDAD	ALMACEN	300102633	11.453	CMC	-	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910303



28/8/2020

<https://www.soloaseo.com/swpedidos/verpedidoimp2.php?numpedido=330484>

	ACTA DE ENTREGA	
	VERSION	1
	VIGENCIA	May-17
	CODIGO	ADM-F-204

SUCURSAL: SMART - JERSALUD - YOPAL
 AREA QUE ENTREGA: SOLOASEO

UNIDAD FUNCIONAL: SMART - JERSALUD - YOPAL

Hoy, 28 Agosto, yo NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO 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 MARCA SOLOASEO GALON X 3.800 CC	
3	BLANQUEADOR MARCA SOLOASEO GALON X 3.800 CC	
2	DETERGENTE EN POLVO X 1000 GRS MARCA GOL	
2	ESCOBA ZULIANA SUAVE CON MANGO METALICO MARCA SOLOASEO	
2	JABON BARRA REY AZUL X 300 GR	
2	JABON PARA MANOS ANTIBACTERIAL GALON X 3.800 MARCA SOLOASEO	
3	MECHA TRAPERO COPA REF. 800 DE 450 GR MARCA SOLOASEO	
8	PAPEL HIGIENICO JUMBO ROLLO X 250 MTS HOJA DOBLE COLOR BLANCO MARCA SANI TISU	
12	TOALLA DE MANO NATURAL ROLLO X 180 M HOJA SENCILLA MARCA SANI TISU	
0	VAR SOL GALON X 3.800 CC MARCA SOLOASEO	

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. 51808719
 Nombre: SONIA PATRICIA MARTINEZ
 Cargo: EJECUTIVA DE CUENTA

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:

C.C. 47451478
 Nombre:
 Cargo:

Jersalud
 S.A.S.
 NIT: 900622551-0
RECIBIDO
 NO IMPLICA ACEPTACION

01-09-2020

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:

 C.C.
 Nombre:
 Cargo:

Soloaseo
DEVOLVER
 FIRMADO Y SELLADO

<https://www.soloaseo.com/swpedidos/verpedidoimp2.php?numpedido=330484>

1/1



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 <i>Pedraza Vargas Maria Lucia</i>	Cédula <i>40019103</i>	Unidad <i>C. Externa - Nutrición</i>
---	----------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
28 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
29 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
31 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
01 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
02 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
03 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, *Maria Lucia Pedraza Vargas* Identificado (a) con CC: *40019103*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Gonzon David Gonzalez Robles</i>	Cédula <i>1044638771</i>	Unidad <i>Nutrición</i>
---	------------------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
28 8 20.	X	X	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
29 8 20	X	X	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
31 8 20	X	X	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
01 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
02 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
03 09 20	X	X	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, *Gonzon David Gonzalez Robles* Identificado (a) con CC: *1044638771*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000191033



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Blanca Nubia Vasquez Moreno	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
29 08 2020				X									[Firma]
30 08 2020													[Firma]
31 08 2020				X							X		[Firma]
01 09 2020				X									[Firma]
02 09 2020				X									[Firma]
03 09 2020				X									[Firma]
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
Hernan Felipe Florio Pineda	40.038562	conexión 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 08 20	X			X		X						uso bata desechable aduan	[Firma]
29 08 20	X			X		X						uso bata desechable aduan	[Firma]
31 08 20	X			X		X						uso bata desechable aduan	[Firma]
01 09 20	X			X		X						uso bata desechable aduan	[Firma]
02 09 20	X			X		X						uso bata desechable aduan	[Firma]
03 09 20	X			X		X							[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Hernan Felipe Florio Pineda Identificado (a) con CC: 40.038562, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos Belancur Beceiro Zulmayanth	Cédula 1052399 313	Unidad Consulta - Externa
---	------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 08 2020				X										Zulmayanth Belancur Beceiro
29 08 2020				X										Zulmayanth Belancur Beceiro
30 08 2020				X				X						Zulmayanth Belancur Beceiro
01 09 2020				X										Zulmayanth Belancur Beceiro
02 09 2020				X										Zulmayanth Belancur Beceiro
03 09 2020				X										Zulmayanth Belancur Beceiro
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Zulmayanth Belancur Beceiro Identificado (a) con CC: 1052399 313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Rodriguez	Cédula 1049642865	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 08 20				X										Claudia R.
29 08 20				X										Claudia R.
31 08 20				X					X					Claudia R.
01 09 20				X										Claudia R.
02 09 20				X										Claudia R.
03 09 20		X		X										Claudia R.
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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 Yoly Patricia Ovalle Pineda	Cédula 23324561	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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
28 8 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		
29 8 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		
31 8 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		
1 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		
2 9 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Sore G Molina	Cédula 7225029	Unidad
---	--------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
28 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
29 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
31 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
1 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
2 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
3 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sore G Molina Identificado (a) con CC: 7225029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Adrián Alamo	40039607	CERCOMO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	Alamo
29 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	Alamo
01 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	Alamo
01 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	Alamo
02 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	Alamo
03 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	Alamo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Adrián Alamo 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Luz Amparo Cuyala	40029046	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	[Firma]
29 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Telecons	[Firma]
31 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	[Firma]
1 09 20	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	teleconsultas	[Firma]
2 09 20	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	Teleconsultas	[Firma]
3 09 20	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	Peruaterria	[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.



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

Apellidos y Nombres Completos John Leon E	Cédula 7120169	Unidad C-ETA
---	--------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John E.
29 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John
31 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John E
01 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		John E
02 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John E
03 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John E
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John Leon E Identificado (a) con CC: 7120169, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Tatyra Lasts Isabel	Cédula 770233476	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			
01 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lasts T.
02 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lasts T.
03 09 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lasts T.
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, Tatyra Lasts Isabel Identificado (a) con CC: 770233476, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Sandra Pérez	46041556	Farmacología

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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		
2 09 20						NO	NO	NO		NO		Sandra Pérez
3 09 20						NO	NO	NO		NO		Sandra Pérez
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
Juliana Andrea Arias R.	1074618508	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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		
02 09 20	X	X	NO	X	NO	NO	NO	NO	X	NO		Juliana Arias
03 09 20	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
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 <i>Selenz Nidia</i>	Cédula <i>33378530</i>	Unidad <i>Farmacia</i>
---	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
02/09/20	+	✓	X	✓	X	X	X	X	✓	X		<i>Nidia Selenz</i>	
03/09/20	+	✓	X	✓	X	X	X	X	✓	X		<i>Nidia Selenz</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Dalton Moreno</i>	Cédula <i>1049658796</i>	Unidad <i>Farmacia Luna</i>
--	------------------------------------	---------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27/08/20				X					X	X			
28/08/20				X					X	X			
29/08/20				X					X	X			
31/08/20				X					X	X			
10/09/20				X					X	X			
2/09/20				X					X	X			
3/09/20				X					X	X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800979333
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
CAROL Sepúlveda Diana Cilleró	40048087	Acuñisteria

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20				X								Diana Cilleró
29 08 20				X								Diana Cilleró
31 08 20				X				X				Diana Cilleró
01 09 20				X								Diana Cilleró
02 09 20				X								Diana Cilleró
03 09 20				X								Diana Cilleró
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Cilleró Sepúlveda Identificado (a) con CC: 40048087, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Reyes Camargo María Paula	1049632802	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20				X								María Paula Reyes Camargo
29 08 20				X								María Paula Reyes Camargo
31 08 20				X				X				María Paula Reyes Camargo
01 09 20				X								María Paula Reyes Camargo
02 09 20				X								María Paula Reyes Camargo
03 09 20				X								María Paula Reyes Camargo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Suarez Ruano	1002340134	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 09 20				X								[Firma]
31 08 20				X								[Firma]
01 09 20				X								[Firma]
02 09 20				X								[Firma]
03 09 20				X								[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Flores Alvarez, Monica	1099616557	Coxinga

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20	X			X		X						[Firma]
31 08 20	X			X		X						[Firma]
01 09 20	X			X		X			X			[Firma]
02 09 20	X			X		X						[Firma]
03 09 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												

Yo, Monica Flores 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
Fonseca Posquera John Andro	1120865543	CONS 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	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 8 20				X										John Fonseca
29 8 20				X										John Fonseca
31 08 20				X					X					John Fonseca
2 9 20				X										John Fonseca
3 9 20				X										John Fonseca
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, John Fonseca Posquera Identificado (a) con CC: 1120865543, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Gilmo J Ruiz	33367367	CEXT

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-				Gilmo Ruiz
31 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-				Gilmo Ruiz
1 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-				Gilmo Ruiz
2 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-				Gilmo Ruiz
3 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-				Gilmo Ruiz
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea 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	Cédula	Unidad
<u>Uccca Sanchez Anderson Denu</u>	<u>1054658724</u>	<u>C Externa Linea front</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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<u>Anderson Uccca</u>
29 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<u>Anderson Uccca</u>
30 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<u>Anderson Uccca</u>
01 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<u>Anderson Uccca</u>
02 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<u>Anderson Uccca</u>
03 09 20	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-		<u>Anderson Uccca</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Anderson Denu Uccca Sanchez Identificado (a) con CC: 1054658724, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Duran Iguaran Joel Antonio</u>	<u>1124023697</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.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 8 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<u>Joel Duran</u>
31 8 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-		<u>Joel Duran</u>
01 09 20	X	-	-	X	-	X	-	X	X	-		<u>Joel Duran</u>
02 09 20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-		<u>Joel Duran</u>
03 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<u>Joel Duran</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000190333
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
Sandoz Sofía María	23284976	C. COT

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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				
28 08 20				X		X					X			Sandoz
29 08 20				X		X								Sandoz
31 08 20				X		X								Sandoz
01 09 20				X		X								Sandoz
02 09 20				X		X								Sandoz
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Sandoz Sofía María 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	Cédula	Unidad
Barrera Lopez Claudia	40045767	C. Cot

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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				
28 08 20				X										Barrera
31 08 20	X			X							X			Barrera
01 09 20				X										Barrera
02 09 20				X										Barrera
03 09 20				X										Barrera
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Barrera Lopez Claudia Identificado (a) con CC: 40045767, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910332



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenifer Mateus Lopez	40491634.115	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20				X								Jenifer Mateus
29 08 20				X								Jenifer Mateus
31 08 20				X				X				Jenifer Mateus
01 09 20				X								Jenifer Mateus
02 09 20				X								Jenifer Mateus
03 09 20				X								Jenifer Mateus
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
JORDAN RAFAEL CHEDIA TABEC	41361171	C. GRAN TUNTA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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		
28 08 2020		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Rafael Chedia
31 08 2020		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Rafael Chedia
01 09 2020		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Rafael Chedia
02 09 2020		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Rafael Chedia
03 09 2020		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Rafael Chedia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Higuera Reyes Juan César</i>	<i>74370703</i>	<i>Admón Tunja</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Poininas			
24 09 20				1							1		<i>[Signature]</i>
25 09 20				1									<i>[Signature]</i>
26 09 20				1									<i>[Signature]</i>
27 09 20				1									<i>[Signature]</i>
28 09 20				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													

Yo, Juan César Higuera Reyes identificado (a) con CC: 74370703, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Jenny Gabriela Gutierrez Martinez</i>	<i>105231070</i>	<i>Administrativa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Poininas			
28 09 20				X									<i>[Signature]</i>
29 09 20				X					X				<i>[Signature]</i>
21 09 20				X									<i>[Signature]</i>
02 09 20				X									<i>[Signature]</i>
03 09 20				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Gutierrez Martinez identificado (a) con CC: 105231070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Ibañez Diaz Diana Yanira	33377254	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
28 08 20	X			X							X		Diana Ibañez
29 08 20	X			X							X		Diana Ibañez
31 08 20	X			X							X		Diana Ibañez
01 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
02 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
03 09 20	X		X	X							X		Diana Ibañez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Basiquez Agüero Erika Joana	1052903988	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
28 08 20				X							X		Erika Joana Basiquez Agüero
31 08 20				X							X		Erika Joana Basiquez Agüero
01 09 20				X							X		Erika Joana Basiquez Agüero
02 09 20				X							X		Erika Joana Basiquez Agüero
03 09 20				X							X		Erika Joana Basiquez Agüero
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Erika Joana Basiquez Agüero Identificado (a) con CC: 1052903988, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Marta Cecilia Rodríguez Boyaca	1049625040	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Marta Rodríguez
29 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Marta Rodríguez
31 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Marta Rodríguez
01 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Marta Rodríguez
02 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Marta Rodríguez
03 09 2020	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Marta Rodríguez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Marta Cecilia Rodríguez Identificado (a) con CC: 1049625040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zipa Vargas Giselle Andrea	1049647500	Consulta Externa Admini-

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
28 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		gandrea zipa
29 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		gandrea zipa
31 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		gandrea zipa
01 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		gandrea zipa
02 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		gandrea zipa
03 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		gandrea zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 1.049647500, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Torres Acevedo Sandra Milena	Cédula 46378245	Unidad C. externa
--	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20/09/20				X		X						[Firma]
21/09/20				X		X						[Firma]
01/09/20				X		X						[Firma]
02/09/20				X		X						[Firma]
03/09/20				X		X						[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

Apellidos y Nombres Completos Velasco Pava Nayral David	Cédula 1053605245	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	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01/09/20	X			X					X		Ninguna	[Firma]
02/09/20	X			X					X			[Firma]
10/09/20	X			X					X		6 Tapabocas	[Firma]
18/09/20	X			X					X		4 Tapabocas, 1 Bata, 1 Cofia	[Firma]
04/09/20	X			X					X		5 Tapabocas, 1 Bata, 1 cofia	[Firma]
09/09/20	X			X					X		5 Tapa, 1 Bata, 1 Cofia	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Nayral David Velasco Pava Identificado (a) con CC: 1053605245, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000190332
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
Pino Guica Sonia Mabel	cc: 33365493	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
27 09 20	X			X					X		4 tapabocas	[Firma]
05 08 20	X			X					X		4 tapabocas	[Firma]
10 08 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]
18 08 20	X			X					X		4 tapabocas	[Firma]
24 08 20	X			X					X		5 tapabocas Bata	[Firma]
31 08 20	X			X					X		6 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
01 08 20	X			X					X		1 tapabocas - 1 bata - 1 gorra	[Firma]
03 08 20	X			X					X		4 tapabocas - 1 bata - 1 gorra	[Firma]
10 08 20	X			X					X		5 tapabocas 1 bata 1 gorra	[Firma]
18 08 20	X			X					X		1 cofia - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]
24 08 20	X			X					X		1 gorra - 5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
31 08 20	X			X					X		1 gorra - 1 cofia - 5 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
David Pinzon	80156030	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con valvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
23 08 20				X								X	2 tapabocas.	<i>David Pinzon</i>
16 07 20	X			X								X		<i>David Pinzon</i>
29 07 20	X			X								X	1 tapabocas	<i>David Pinzon</i>
30 07 20	X			X								X	1 tapabocas.	<i>David Pinzon</i>
10 08 20	X			X								X	1 tapabocas	<i>David Pinzon</i>
14 08 20	X			X								X	1 tapabocas	<i>David Pinzon</i>
18 08 20	X			X								X	1 tapabocas	<i>David Pinzon</i>
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Arendina Fagua Gloria Isabel	1049629122	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con valvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
01 09 2020	X			X								X	5 tapabocas	<i>Arendina Fagua</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, Arendina Fagua Gloria Isabel Identificado (a) con CC: 1049629122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Chaparro Chaparro Diana Sofía	1002461363	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 07 20	x			X					X	X	5 tapabocas	Diana Sofía
24 07 20	x			X					X	X	5 tapabocas	Diana Sofía
27 07 20	x			X					X	X	5 tapabocas, 3 Polainas	Diana Sofía
03 08 20	x			X					X	X	5 tapabocas, 2 Polainas	Diana Sofía
10 08 20	x			X					X	X	5 cofia y tapabocas,	Diana Sofía
20 08 20	x			X					X	X	5 tapabocas, 2 Polainas	Diana Sofía
24 08 20	x			X					X	X	5 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
31 08 20	x			X					X	X	6 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Sofía Chaparro Chaparro Identificado (a) con CC: 1002461363, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
NANCY MOGELLON	23323900	DIAGNOSTICA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 07 20	✓			✓					✓		5 de 90	Nancy Mogellon
30 08 20	✓			✓					✓		5 de 90	Nancy Mogellon
10 08 20	✓			✓					✓		3 de 90	Nancy Mogellon
18 09 20	✓			✓					✓		5 de 90	Nancy Mogellon
08 09 20	✓			✓					✓		5 de 90	Nancy Mogellon
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Nancy Mogellon Identificado (a) con CC: 23323900, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 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
Triana Triana Hidalgo	46458143	Durtama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X						X		2 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
23 06 20	X			X						X		4 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
30 06 20				X						X		5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
06 07 20				X						X		5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
13 07 20				X						X		6 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
24 07 20				X								4 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
27 07 20	X			X						X		6 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
03 08 20	X			X						X		4 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
10 08 20	X			X						X		6 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
18 08 20	X			X						X		4 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
24 08 20	X			X						X		6 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
31 08 20	X			X						X		5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ovaldo Gutierrez	91244689	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
21 7 20				4						1			<i>[Signature]</i>
27 7 20				5						5			<i>[Signature]</i>
27 7 20				2			2			2		1 Respirador M500	<i>[Signature]</i>
30 8 MM 20				4						4			<i>[Signature]</i>
10 8 MM 20				6						6			<i>[Signature]</i>
10 8 MM 20				4						4			<i>[Signature]</i>
18 8 MM 20				4						4			<i>[Signature]</i>
24 8 MM 20				6						6			<i>[Signature]</i>
31 8 MM 20				5						5			<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ RAMIRO LEON	79 536444	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 07 2020	✓			5					1		Tapabocas H6	[Firma]
20 07 2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
27 07 2020	✓			5					1		Tapabocas H5	[Firma]
03 08 2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
10 08 2020	✓			5					4		Tapabocas H5	[Firma]
18 08 2020	✓			5					4			[Firma]
24 08 2020	✓			5					5			[Firma]
31 08 2020	✓			6					2.		Tapabocas H6	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Leon Rodriguez Ramiro Identificado (a) con CC: 79 536444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Acero Martinez Diana Patricia	46456247	Dulcinea

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 06 20				X					X		1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
06 07 20				X					X		1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
13 07 20				X					X		1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
21 07 20				X					X		1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
27 07 20	X			X					X		5 batas 5 tapabocas	DIANA ACERO
03 08 20				X					X		1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
10 08 20	X			X					X		1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
18 08 20	X			X					X		1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
24 08 20	X			X					X		1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
31 08 20	X			X					X		1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Lina M. Araque</u>	Cédula <u>46672428</u>	Unidad
---	----------------------------------	-------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 06 20	X			X					X			Lina M.
23 06 20	X			X					X		5 Tapabocas	Lina M.
30 06 20	X			X					X		4 Tapabocas	Lina M.
06 07 20	X			X					X		6 Tapabocas	Lina M.
13 07 20	X			X					X		5 Tapabocas	Lina M.
21 07 20	X			X					X		5 Tapabocas	Lina M.
27 07 20	X			X					X		6 Tapabocas	Lina M.
3 08 20				X					X		5 Tapabocas	Lina M.
10 08 20				X					X		5 Tapabocas	Lina M.
18 08 20				X					X		6 Tapabocas	Lina M.
31 08 20	X			X					X		6 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>VELAZO NELLA DIANA</u>	Cédula <u>1053608206</u>	Unidad <u>JERSALUD OITAMA</u>
---	------------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20 08 20	X			X					X		6 Tapabocas IGOMO IBATA	DIANA C.
24 08 20	X			X					X		6 Tapabocas IGOMO IBATA	DIANA 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												
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 Control Nacional: 018000910302
VIGILADO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Septiembre**
 4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Olida de Aguas</u>	Cédula <u>32 775986</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
--	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03/08/20	X			X							X	EPP -5 gorras Tapabocas X EPP -5 gorras Tapabocas X
10/08/20	X			X							X	
18/08/20	X			X							X	EPP EPP
2/09/20	X			X							X	
03/09/20	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, Olida de Aguas identificado (a) con CC: 32 775986 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAMILA</u>	Cédula <u>1.049631798</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
--	------------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03/08/20	X			X							X	5 Tapabocas y Gorras 5 Tapabocas y Gorras
10/08/20	X			X							X	
18/08/20	X			X							X	5 Tapabocas y Gorras 5 Tapabocas y Gorras
28/08/20	X			X							X	
31/08/20	X			X							X	EPP EPP
01/09/20	X			X							X	
02/09/20	X			X							X	EPP EPP
03/09/20	X			X							X	
03/09/20	X			X							X	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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 <u>Cely Pérez Sergio Ricardo</u>	Cédula <u>74.08349</u>	Unidad <u>Farmacía</u>
--	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Gal
10 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Gal
18 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Gal
24 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Gal
31 08 20	X			X							X	epp	Sergio Gal
01 09 20	X			X							X	epp	Sergio Gal
02 09 20	X			X							X	epp	Sergio Gal
03 09 20	X			X							X	epp	Sergio Gal
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sergio Cely Pérez Identificado (a) con CC: 74083349, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Berenice P. María Contreras</u>	Cédula <u>46370222</u>	Unidad <u>Seguimiento</u>
--	----------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 08 2020	X			X							X	epp. 3 Tapabocas y com	MContreras B
14 09 2020	X			X							X	epp	MContreras B
24 08 2020	X			X							X	epp 5 tapabocas y com	MContreras B
31 08 20	X			X							X	epp 5 tapabocas	MContreras B
1 09 20	X			X							X	epp	MContreras B
9 09 20	X			X							X	epp	MContreras B
3 09 20	X			X							X	epp	MContreras B
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, MContreras Berenice P. 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 Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Ana Romero Lopez	Cédula 46366015	Unidad Sagunado
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
3 08 20	X			X								X	EPP 5 Tapabocas y ^{carro}	Ana Romero
10 08 20	X			X								X	EPP 5 Tapabocas y ^{carro}	Ana Romero
18 08 20	X			X								X	EPP	Ana Romero
24 08 20	X			X								X	EPP 5 Tapabocas 1 Gato	Ana Romero
31 08 20	X			X								X	EPP 5 Tapabocas 1 Bata	Ana Romero
01 09 20	X			X								X	EPP 1 Bata	Ana Romero
02 09 20	X			X								X	EPP 1 Bata	Ana Romero
03 09 20	X			X								X	EPP 1 Bata	Ana Romero
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Ana Romero Lopez 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Dora María Brigitte Daura	Cédula 105957111	Unidad Sagunado
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
3 08 20	X			X								X	EPP 5 Caretas 5 Tapabocas	Dora María
10 08 20	X			X								X	E.P.P 5 tapabocas 5 caretas	Dora María
18 08 20	X			X								X	EPP 5 Tapabocas 5 Caretas	Dora María
24 08 20	X			X								X	EPP 5 Tapabocas 5 Caretas	Dora María
31 08 20	X			X								X	EPP 5 Caretas	Dora María
10 09 20	X			X								X	EPP Bata goma tapaboca	Dora María
20 09 20	X			X								X	EPP	Dora María
30 09 20	X			X								X	EPP	Dora María
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Dora María Brigitte Daura identificado (a) con CC: 105957111, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

Apellidos y Nombres Completos Lardi Ruth Gaitán Vergas	Cédula 108917457	Unidad Sogamoso
--	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
10 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
18 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
26 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
31 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
07 09 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
10 09 20	X			X					X		EPP	Lardi Ruth Gaitán
13 09 20	X			X					X		EPP	Lardi Ruth Gaitán
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Lardi Ruth Gaitán Vergas identificado (a) con CC: 108917457, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 MILENA ANDREA QUINTERO TERRES	Cédula 46455020	Unidad JERSALUD SOGAMOSO
---	---------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 2020	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
10 08 2020	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
18 08 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
24 08 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
31 08 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
07 09 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
02 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas, 1bata, 1guante	MILENA QUINTERO
03 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas, 1bata, 1guante	MILENA QUINTERO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Daisy Vargas Parera</u>	Cédula <u>1057585417</u>	Unidad <u>Sagamasco</u>
--	------------------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas y Goro	
07 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas y Goro	
18 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas	
24 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas	
31 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas	
01 09 20	X			X							EPP	
02 09 20	X			X							EPP	
03 09 20	X			X							EPP	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Abelardo Lora</u>	Cédula <u>8608666</u>	Unidad <u>Sagmasco</u>
--	---------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09 08 20	X			X							5 Tapabocas y Gorros	
10 08 20	X			X							5 Tapabocas y Gorros	
18 08 20	X			X							5 Tapabocas	
27 08 20	X			X							5 Tapabocas	
31 08 20	X			X							EPP	
1 09 20	X			X							EPP	
2 09 20	X			X							EPP	
3 09 20	X			X							EPP	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Abelardo Lora Identificado (a) con CC: 8608666, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Malaver Arellano Sandra	Cédula 46672546	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 08 20	X			X					X		5 tapabocas EPP	Sandra Malaver
10 08 20	X			X					X		5 tapabocas EPP	Sandra Malaver
18 08 20	X			X					X		Elementos EPP (Cofia, Bata, Guantes)	Sandra Malaver
21 08 20	X			X					X		Elementos EPP (Cofia, Bata, Guantes)	Sandra Malaver
31 08 20	X			X					X		Elementos EPP (Cofia, Bata, Guantes)	Sandra Malaver
1 09 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Malaver
2 09 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Malaver
3 09 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Malaver
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Camilo Lopez Cesar	Cédula 9530770	Unidad CGT Eng
--	--------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
3 08 20	X			X					X		epp 5 tapabocas y caros	Cesar
10 08 20	X			X					X		"	Cesar
18 08 20	X			X					X		epp 5 tapabocas caros	Cesar
21 08 20	X			X					X		epp 5 tapabocas y caros	Cesar
31 08 20	X			X					X		EPP	Cesar
01 09 20	X			X					X		EPP	Cesar
02 09 20	X			X					X		EPP	Cesar
03 09 20	X			X					X		EPP	Cesar
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
 VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20	X			X					X			EPP s/cld	[Firma]
16/08/20	X			X					X			EPP s/cld	[Firma]
18/08/20	X			X					X			EPP	[Firma]
24/08/20	X			X					X			EPP	[Firma]
27/08/20	X			X					X			EPP	[Firma]
01/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
02/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
03/09/20	X			X					X			EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Cáceres Justa Carmen Cecilia</u>	Cédula <u>50916656</u>	Unidad <u>Jogamoso</u>
---	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31/08/20	X			X					X			Epp	[Firma]
02/09/20	X			X					X			Epp	[Firma]
03/09/20	X			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													

Yo, Carmen Cecilia Cáceres J identificado (a) con CC: 50916656, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019033



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 GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	Cédula 1073380836	Unidad
--	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	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 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												
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 LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 09 2020				X								
02 09 2020	X			X								
03 09 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 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
ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ		

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
01 09 2020				X								Erika Saucedo Erika Saucedo Erika Saucedo
02 09 2020				X								
03 09 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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 ELIANA RONCANCIO BALLE	1053340626	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 09 2020				X					X			Shirley Shirley Shirley
02 09 2020				X								
03 09 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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 MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
01/09/2020				X									Melissa C
02/09/2020				X									Melissa C
03/09/2020				X									Melissa C
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	Cédula 1002526470	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	Pólintas			
01/09/2020				X									Jennifer Balen
02/09/2020				X									Jennifer Balen
03/09/2020				X									Jennifer Balen
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 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 JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	Cédula 11053-348-139	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas					
01/09/2020				X											<i>[Firma]</i>
02/09/2020				X											<i>[Firma]</i>
03/09/2020				X											<i>[Firma]</i>
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
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 INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas					
01/09/20				X											<i>[Firma]</i>
02/09/20				X											<i>[Firma]</i>
03/09/20				X											<i>[Firma]</i>
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
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
SAMIRA LUCERO CASTELLANOS			

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 09 20				X								Samira C
02 09 20				X								Samira C
03 09 20				X								Samira 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												

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

4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19 1 de 1
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad
Camilo Suarez May		33676746	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29 09 2019	X			X					X			Camilo Suarez
31 09 2019	X			X					X			Camilo Suarez
01 09 2019	X			X					X			Camilo Suarez
02 09 2019	X			X					X			Camilo Suarez
03 09 2019	X			X					X			Camilo Suarez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Fanny Marleny Carcedo Avila	33676330	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
28 8 20	X	X	X	X		X				X			Fanny Carcedo
31 8 20	X	X	X	X		X				X			Fanny Carcedo
1 9 20	X	X	X	X		X				X			Fanny Carcedo
2 9 20	X	X	X	X		X				X			Fanny Carcedo
3 9 20	X	X	X	X		X				X			Fanny Carcedo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Castilla Morales Jedy Andrea	1048846141	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
28 08 20	Y			Y						Y			Jedy Castillo
31 08 20	Y			Y						Y			Jedy Castillo
01 09 20	Y			Y						Y			Jedy Castillo
02 09 20	Y			Y						Y			Jedy Castillo
03 09 20	Y			Y						Y			Jedy Castillo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 018000910332
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
García Dora Diana	1020752786	6119900 - Guantepape

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pólintas			
04/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X			
31/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X			
10/09/20	X	X	X	X			X	X	X	X			
2/09/20	X	X	X	X			X	X	X	X			
3/09/20	X	X	X	X			X	X	X	X			
DD/MM/AA													

Yo, Dora Diana García Identificado (a) con CC: 1020752786, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Dominguez Nethier Armando	531407	6119900

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pólintas			
28/08/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
31/08/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
01/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
02/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
03/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
DD/MM/AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.1.6 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 Yoly Muñoz Romero	Cédula 1014189587	Unidad Administrativa
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
29 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
31 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
01 09 20	X			X					X			Yoly Muñoz
02 09 20	X			X					X			Yoly Muñoz
03 09 20	X			X					X			Yoly Muñoz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yoly Muñoz Romero Identificado (a) con CC: 1014189587, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Yanibe Velasquez H.	Cédula 1049795603	Unidad Farmacia Guateque
---	-----------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 8 20	X			X					X			YV
29 8 20	X			X					X			YV
31 8 20	X			X					X			YV
01 9 20	X			X					X			YV
02 9 20	X			X					X			YV
03 9 20	X			X					X			YV
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yanibe Velasquez Identificado (a) con CC: 1049795603, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Ejecutora de Atención Primaria - Guateque
 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
Daniele Castro	1049701152	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		
28 08 20	X	X	X	X		X			X			Daniele Castro
31 08 20	X	X	X	X		X			X			
10 09 20	X	X	X	X		X			X			
21 09 20	X	X	X	X		X			X			
3 09 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, Daniele Castro Identificado (a) con CC: 1049701152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pupo Moreno Robles	1048725343	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		
28 08 20			X	X		X			X			Pupo Moreno
29 08 20			X	X		X			X			
31 08 20			X	X		X			X			
10 09 20			X	X		X			X			
21 09 20			X	X		X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Melissa Pupo Moreno Identificado (a) con CC: 1048725343, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.1.7 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 v Nombres Completos BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	Cédula 63529281	Unidad MONIQUIRA
---	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 08 20				X									<i>[Signature]</i>
1 09 20				X									<i>[Signature]</i>
2 09 20				X									<i>[Signature]</i>
3 09 20				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jovita A. Blanco A. 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.**

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

Apellidos v Nombres Completos SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	Cédula 1054682570	Unidad MONIQUIRA
--	-----------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 08 20				X									<i>[Signature]</i>
01 09 20				X									<i>[Signature]</i>
02 09 20				X									<i>[Signature]</i>
03 09 20				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos v Nombres Completos GARCIA ARIAS DEISY JANETH	Cédula 53081059	Unidad MONIQUIRA
---	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas				
31 08 20				X								X		Deisy Garcia
1 09 20				X										Deisy Garcia
2 09 20				X										Deisy Garcia
3 09 20				X										Deisy Garcia
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Deisy 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 v Nombres Completos NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	Cédula 63362434	Unidad MONIQUIRA
--	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas				
31 08 20				X								X		
1 09 20				X		X								Apribrade Cayade Guandaxibana
2 09 20				X										
3 09 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19
			1 de 1
Apellidos v Nombres Completos MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO		Cédula 1140868607	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	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
28 8 2020					1	1	2						Maria Paula Campos Buitrago
29 8 2020					1								Maria Paula Campos Buitrago
31 8 2020	1				1		1			1		uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400	Maria Paula Campos Buitrago
1 9 2020					1		2						Maria Paula Campos Buitrago
2 9 2020					1		2						Maria Paula Campos Buitrago
3 9 2020					1		2						Maria Paula Campos Buitrago
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19
			1 de 1
Apellidos v Nombres Completos MILDER ASTRID MARTINEZ		Cédula 23522660	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	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
28 8 2020					1								Milder Astrid Martinez
29 8 2020					1								Milder Astrid Martinez
31 8 2020	1				1					1			Milder Astrid Martinez
1 9 2020					1								Milder Astrid Martinez
2 9 2020					1								Milder Astrid Martinez
3 9 2020					1								Milder Astrid Martinez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Milder Astrid Martinez Combita identificado (a) con CC: 23522660, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19
			1 de 1
Apellidos v Nombres Completos		Cédula	Unidad
DEISY LILIANA ESTEVES		1052020668	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28	8	2020				1							
29	8	2020				1							
31	8	2020	1			1					1	N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial uso de M500 con filtro M400	
1	9	2020				1							
2	9	2020				1							
3	9	2020				1							
DD	MM	AA											

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3
			ago-19
			1 de 1
Apellidos v Nombres Completos		Cédula	Unidad
FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO		23452508	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28	8	2020				1							
31	8	2020				1		1					
1	9	2020	1			1	1	5			1	N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio	
2	9	2020				1		5					
3	9	2020				1		4					
DD	MM	2020											
DD	MM	AA											

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



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 <u>García León Dora Angel</u>	Cédula <u>112829720</u>	Unidad <u>U/C (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, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

Yo Dora García León identificado (a) con CC: 112829720, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Rojas Heren July Camilina</u>	Cédula <u>40326034</u>	Unidad <u>C. Externa / Vcio</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	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
1 9 2020	X	X		X	X	X			X		Kit consultorio 2	<i>[Firma]</i>
2 9 2020	X	X		X	X	X			X		Kit consultorio 2	<i>[Firma]</i>
3 9 2020	X	X		X	X	X			X		Kit consultorio 2	<i>[Firma]</i>
4 9 2020												
5 9 2020												
6 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
12 9 2020												
13 9 2020												
14 9 2020												
15 9 2020												

Yo July Camilina Rojas Heren 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.

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 <u>Bolanegro Maspero Diego fdo</u>	Cédula <u>1107054334</u>	Unidad <u>Ases. tecnico/</u>
--	------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 9 2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-		Diego Bolanegro
2 9 2020	L	L	L	-	-	-	-	-	1	-	-	Tapabocas produce Alergia	Diego Bolanegro
3 9 2020	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	" " "	Diego Bolanegro
4 9 2020													
5 9 2020													
6 9 2020													
7 9 2020													
8 9 2020													
9 9 2020													
10 9 2020													
11 9 2020													
12 9 2020													
13 9 2020													
14 9 2020													
15 9 2020													

Yo, Diego Bolanegro U. 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
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Guerra S. César Armando</u>	Cédula <u>1082774101</u>	Unidad <u>Coop. Externa</u>
--	------------------------------------	---------------------------------------

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

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

Yo, César A. Guerra S. 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 <u>Beltran Juli</u>	Cédula <u>40218844</u>	Unidad <u>UCEO</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. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Guaite de látex	Guaite de nitrilo	Guaite de nylon	Bata desechable	Pólmex					
1	9	2020	*		*	*									Juli B.
2	9	2020	*	*	*	*									Juli B.
3	9	2020	*	*	*	*									Juli B.
4	9	2020													
5	9	2020													
6	9	2020													
7	9	2020													
8	9	2020													
9	9	2020													
10	9	2020													
11	9	2020													
12	9	2020													
13	9	2020													
14	9	2020													
15	9	2020													

Yo, Juli Beltran 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Cordeba Dossan Jovanna Lizet</u>	Cédula <u>35263051</u>	Unidad
--	---------------------------	--------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Guaite de látex	Guaite de nitrilo	Guaite de nylon	Bata desechable	Pólmex					
1	9	2020	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Consulta telefonica	[Firma]
2	9	2020	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Consulta telefonica	[Firma]
3	9	2020	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Consulta telefonica	[Firma]
4	9	2020													
5	9	2020													
6	9	2020													
7	9	2020													
8	9	2020													
9	9	2020													
10	9	2020													
11	9	2020													
12	9	2020													
13	9	2020													
14	9	2020													
15	9	2020													

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

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	Cédula	Unidad
Arango Amorecho GARCIA K.	40331099	JERDAL YU

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daddy Deth TORO MARTINEZ	12189350	Asistencia

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Die Romero Ramirez</u>	Cédula <u>96000094</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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmox		
1 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta Virtual	[Firma]
2 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta Presencial	[Firma]
3 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta Virtual	[Firma]
4 9 2020												
5 9 2020												
6 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
12 9 2020												
13 9 2020												
14 9 2020												
15 9 2020												

Yo, Die Romero Ramirez identificado (a) con CC: 96000094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Adriana Lorena Rey Rodríguez</u>	Cédula <u>1.019.071.171</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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmox		
1 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		[Firma]
2 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		[Firma]
3 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		[Firma]
4 9 2020												
5 9 2020												
6 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
12 9 2020												
13 9 2020												
14 9 2020												
15 9 2020												

Yo, Adriana Lorena Rey Rodríguez identificado (a) con CC: 1.019.071.171, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos IVAN RUALES	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos Velazquez Rojas Jency Griselly	Cédula 1121021032	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	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	9	2020	X	X		X	X		X					
2	9	2020	X	X		X	X		X					
3	9	2020	X	X		X	X		X					
4	9	2020												
5	9	2020												
6	9	2020												
7	9	2020												
8	9	2020												
9	9	2020												
10	9	2020												
11	9	2020												
12	9	2020												
13	9	2020												
14	9	2020												
15	9	2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 Sabogal Ancas Yamile	Cédula 40.392.862	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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tepalcates desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 9 2020											No asistio	
2 9 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X		<i>[Signature]</i>
3 9 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X		<i>[Signature]</i>
4 9 2020												
5 9 2020												
6 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
12 9 2020												
13 9 2020												
14 9 2020												
15 9 2020												

Yo, Yamile Sabogal 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 Roa Forero Aura Milena	Cédula 1.121.898.957	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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tepalcates desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 9 2020												
2 9 2020	X	X	X	X								<i>[Signature]</i>
3 9 2020	X	X	X	X								<i>[Signature]</i>
4 9 2020												
5 9 2020												
6 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
12 9 2020												
13 9 2020												
14 9 2020												
15 9 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.

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 Luis Acosta, Antony Gutierrez, Wilson Guti	Cédula	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, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	09	20				X								Jersalud le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
2	09	20				X								Jersalud le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez

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 Gabriel Babilonia	Cédula	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, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	09	20				X									
02	09	20				X								Bata desechable	
3	09	20	X			X									

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 Ingrid Cardenas	Cédula Δ.093.755.032	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	Pelaminas				
1 09 20				X								Gorro desechable	Ingrid Cardenas	
02 09 20				X										Ingrid Cardenas
3 09 20	X			X										Ingrid Cardenas

Yo, Ingrid Cardenas Identificado (a) con CC: Δ.093.755.032 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Edgar Garcia	Cédula 86056869	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	Pelaminas				
1 09 20				X								Gorro desechable	Edgar Garcia	
02 09 20				X										Edgar Garcia
3 09 20	X			X										Edgar Garcia

Yo, Edgar Andres Garcia Porra Identificado (a) con CC: 86056869 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800091033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Carreño	Cédula	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 09 20				X									
02 09 20				X								Guano desechable	Aniel Rodríguez
3 09 20	X			X									Aniel Rodríguez

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 Angie Machado	Cédula	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 09 20				X									
02 09 20				X								Guano desechable	[Firma]
3 09 20	X			X									[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Wilder Novoa	Cédula	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 09 20				X								
02 09 20				X							Carro desechable.	
3 09 20	X			X								

Yo, Wilder Novoa 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 Carolina Barbosa	Cédula	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 09 20				X								Andrea Barbosa
2 09 20	X			X								Andrea Barbosa
3 09 20	X			X								Andrea Barbosa

Yo, Andrea Carolina Barbosa U. Identificado (a) con CC: 101833197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Ruby Ruiz	Cédula	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	09	20				X										<i>Ruby Ruiz</i>
2	09	20				X										<i>Ruby Ruiz</i>
3	09	20	X			X										<i>Ruby Ruiz</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 Paola Turbida	Cédula	Unidad Adm
---	---------------	----------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	09	20				X										<i>Paola T.</i>
02	09	20				X										<i>Paola T.</i>
3	09	20				X										<i>Paola T.</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 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 Vanessa Parada	Cédula	Unidad Asistencia
--	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
1 04 20				X								Vanessa Parada
2 09 20	X			X								
3 09 20				X								

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

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

Apellidos y Nombres Completos Erika Hernandez	Cédula	Unidad Asistencia
---	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
1 04 20				X								Erika H. Erika H. Erika H.
2 09 20	X			X								
3 09 20				X								

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Kiomara Olaya		Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
1 04 20				X										
2 09 20				X										
3 09 20				X										

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Peñalosa		Adm

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pelatinas				
1 09 20				X										
2 09 20				X										
3 09 20				X										

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 Olga Linares	Cédula 40389814	Unidad Admin
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
1 09 20				X								
2 09 20				X								
3 09 20				X								

Yo, Olga Linares Identificado (a) con CC: 40389814, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Miguel Prieto	Cédula	Unidad Admin
---	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
1 09 20				X								

Yo, Miguel Prieto Identificado (a) con CC: 1121857253, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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, 010000190383
 Bogotá, D.C.

VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Daniel Duarte	Cédula 52429438	Unidad Admin
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
2 09 20				X								
3 09 20				X								

Yo, Daniel Duarte Identificado (a) con CC: 52429438 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Sebastian Falla	Cédula 1121916803	Unidad adm.
---	-----------------------------	-----------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 09 20				X								
02 09 20				X								
3 09 20				X								

Yo, Sebastian Falla Identificado (a) con CC: 1121916803 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Duvan Villegas	1127390578	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 09 20				X									Duvan Florez
2 09 20				X									Duvan Florez
3 09 20				X									Duvan Florez

Yo, Duvan Ferney Villegas Florez Identificado (a) con CC: 1127390578. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Karen Mejo		Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 09 20				X									Karen Mejo
2 09 20				X									
3 09 20				X									

Yo, Karen Cordeiro Mejo Identificado (a) con CC: 114426615 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Apellidos y Nombres Completos Jessica Cañon	Cédula	Unidad Admin
---	---------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelajinas			
1	04	20				X									
02	09	20				X									

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

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

Apellidos y Nombres Completos Jenny Guierrez	Cédula	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	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelajinas			
1	09	10				X									
2	09	20	X			X									
3	09	20				X									

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

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
Marcela Acuña	1121.950.663	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 10				X								Marcela Acuña
2 09 20	X			X								

Yo, Marcela Acuña Identificado (a) con CC: 1.121.950.663, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Ruth Bascudo	40.185740.	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 10				X								Ruth Bascudo
1 09 20	X			X								
3 01 10				X								

Yo, Ruth Bascudo Identificado (a) con CC: 40.185740. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800091033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Avila Lombardi	Cédula 1.120.504.110	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, lo 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			
2 09 20				X									

Yo, Avila Cristina Lombardi Identificado (a) con CC: 1.120.504.110, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Paola Galindo	Cédula	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, lo 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			
1 09 20				X									
2 09 20				X									

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

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 Juliana Rojas	Cédula 43920473	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. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Manoplas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15/08/20			X	X								mas gomo	[Firma]
17/08/20			X	X									[Firma]
18/08/20			X	X								gomo	[Firma]
19/08/20			X	X									[Firma]
20/08/20			X	X								gomo	[Firma]
21/08/20			X	X									[Firma]
24/08/20				X								gomo	[Firma]
25/08/20				X									[Firma]
26/08/20				X								gomo	[Firma]
27/08/20				X									[Firma]
28/08/20				X									[Firma]
29/08/20				X									[Firma]

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 Sandra Jarama	Cédula 104300	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. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Manoplas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30/08/20				X					X			gomo	[Firma]
31/08/20				X					X				[Firma]
01/09/20				X					X				[Firma]
02/09/20				X					X				[Firma]
03/09/20				X					X				[Firma]
04/09/20													
05/09/20													
06/09/20													
07/09/20													
08/09/20													
09/09/20													
10/09/20													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 0100019100332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Leidy Morales	Cédula 3090394053	Unidad Puerto Gaitan
---	-----------------------------	--------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	
	Cebs	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
31 08 2020				X								Como	Leidy Morales
01 09 2020				X								Como	Leidy Morales
02 09 2020				X								Como	Leidy Morales
03 09 2020				X								Como	Leidy Morales
04 09 2020													
05 09 2020													
06 09 2020													
07 09 2020													
08 09 2020													
09 09 2020													
10 09 2020													
11 09 2020													
12 09 2020													
13 09 2020													
14 09 2020													
15 09 2020													
16 09 2020													
17 09 2020													
18 09 2020													
19 09 2020													
20 09 2020													
21 09 2020													
22 09 2020													
23 09 2020													
24 09 2020													
25 09 2020													
26 09 2020													
27 09 2020													
28 09 2020													
29 09 2020													
30 09 2020													

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

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 JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	Cédula 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. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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
	Cebs	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
1 8 2020		X		X								
3 8 2020		X		X								
4 8 2020		X		X								
5 8 2020		X		X								
6 8 2020		X		X								
10 8 2020		X		X								
11 8 2020		X		X								
12 8 2020		X		X								
13 8 2020		X		X								
14 8 2020		X		X								
18 8 2020		X		X								
19 8 2020		X		X								
20 8 2020		X		X								
21 8 2020		X		X								
22 8 2020		X		X								
24 8 2020		X		X								
25 8 2020		X		X								
26 8 2020		X		X								
27 8 2020		X		X								
28 8 2020		X		X								
31 8 2020		X		X								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellido y Nombre completo JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	C.C. 12565313	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 2.2.4.9.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Botaniquita de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas tipo con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
1 9 2020	X		X					X				
2 9 2020	X		X					X				
3 9 2020	X		X					X				
4 9 2020												
5 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
14 9 2020												
15 9 2020												
16 9 2020												
17 9 2020												
19 9 2020												
19 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 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: 01800010333
VIGILADO



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

Apellido(s) y Nombres Completos	Cédula	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. 686 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AAAA)	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		
1 8 2020				X					X			
3 8 2020				X					X			
4 8 2020				X					X			
5 8 2020				X					X			
6 8 2020				X					X			
10 8 2020				X					X			
11 8 2020				X					X			
12 8 2020				X					X			
13 8 2020				X					X			
14 8 2020				X					X			
18 8 2020				X					X			
19 8 2020				X					X			
20 8 2020				X					X			
21 8 2020				X					X			
22 8 2020				X					X			
24 8 2020				X					X			
25 8 2020				X					X			
26 8 2020				X					X			
27 8 2020				X					X			
28 8 2020				X					X			
31 8 2020				X					X			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de 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	Código	Ubicación
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. 896 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.0.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Casco	Minicapa de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No con valvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Uso desechable	Botinas				
1	9	2020			X						X			
2	9	2020			X						X			
3	9	2020			X						X			
4	9	2020												
5	9	2020												
7	9	2020												
8	9	2020												
9	9	2020												
10	9	2020												
11	9	2020												
14	9	2020												
16	9	2020												
16	9	2020												
17	9	2020												
19	9	2020												
19	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020												
23	9	2020												
24	9	2020												
26	9	2020												
28	9	2020												
28	9	2020												
30	9	2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	Cédula 1121947473	Unidad CONSULTA EXTERNA
---	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (D/M/AÑO)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Colla	Botanoga de Seguridad	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 195 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
1 8 2020				X					X			Mary Garcia
3 8 2020				X					X			Mary Garcia
4 8 2020				X					X			Mary Garcia
5 8 2020				X					X			Mary Garcia
6 8 2020				X					X			Mary Garcia
10 8 2020				X					X			Mary Garcia
11 8 2020				X					X			Mary Garcia
12 8 2020				X					X			Mary Garcia
13 8 2020				X					X			Mary Garcia
14 8 2020				X					X			Mary Garcia
18 8 2020				X					X			Mary Garcia
19 8 2020				X					X			Mary Garcia
20 8 2020				X					X			Mary Garcia
21 8 2020				X					X			Mary Garcia
22 8 2020				X					X			Mary Garcia
24 8 2020				X					X			Mary Garcia
25 8 2020				X					X			Mary Garcia
26 8 2020				X					X			Mary Garcia
27 8 2020				X					X			Mary Garcia
28 8 2020				X					X			Mary Garcia
31 8 2020				X					X			Mary Garcia

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional 018000910303
VIGILADO



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

Apellido y Nombres completos MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	Cédula 1121947473	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 1964, Dec. 982 de 1964, Dec. 699 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 17B 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 (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Casco	Mostrador de seguridad	Cureta escopuchado	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Cubiertas de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylón	Bata desechable	Polvitas		
1 9 2020				X					X			Marly G
2 9 2020				X					X			Marly G
3 9 2020				X					X			Marly G
4 9 2020												
5 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020												
11 9 2020												
14 9 2020												
15 9 2020												
16 9 2020												
17 9 2020												
19 9 2020												
19 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0180001910333
VIGILADO



4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	1 122 120 131	ADMINISTRATIVO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 / 8 / 2020	X			X		X			X			
1 / 9 / 2020				X		X						
2 / 9 / 2020				X		X						
3 / 9 / 2020				X		X						
4 / 9 / 2021				X		X						
5 / 9 / 2020				X		X						

Yo, NOHORA ALEJANDRA PIRABAN identificado (a) con CC: _1 122 120 131_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
YADIRA TORO PINEDA	1 122 130 462	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 / 8 / 2020	X			X		X			X			
1 / 9 / 2020				X		X						
2 / 9 / 2020				X		X						
3 / 9 / 2020				X		X						

Yo, YADIRA TORO PINEDA identificado (a) con CC: _1 122 130 462_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NAIRA GUERRA VARGAS	1 121 889 427	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliainas			
31 / 8 / 2020	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
1 / 9 / 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
2 / 9 / 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
3 / 9 / 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
4 / 9 / 2020				X		X							<i>[Signature]</i>
5 / 9 / 2020				X		X							<i>[Signature]</i>

Yo, NAIRA GUERRA VARGAS Identificado (a) con CC: 1121889427, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
DAMARIS ESTRADA CAICEDO	1 121 839 364	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	Poliainas			
31 / 8 / 2020	X			X					X				<i>[Signature]</i>
1 / 9 / 2020				X									<i>[Signature]</i>
2 / 9 / 2020				X									<i>[Signature]</i>
3 / 9 / 2020				X									<i>[Signature]</i>
4 / 9 / 2020				X									<i>[Signature]</i>
5 / 9 / 2020				X									<i>[Signature]</i>

Yo, DAMARIS ESTRADA CAICEDO Identificado (a) con CC: 1121839364, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 JORGE CLAVIJO	Cédula 79 958 924	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
31 / 8 / 2020	X			X		X							Jorge Clavijo
1 / 9 / 2020				X		X							Jorge Clavijo
2 / 9 / 2020				X		X							Jorge Clavijo
3 / 9 / 2020				X		X							Jorge Clavijo
4 / 9 / 2020				X		X							Jorge Clavijo

Yo, JORGE CLAVIJO Identificado (a) con CC: 79 958 924, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos IMNA MENDIETA	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
31 / 8 / 2020	X			X		X							Imna Mendieta
1 / 9 / 2020				X		X							Imna Mendieta
2 / 9 / 2020				X		X							Imna Mendieta
3 / 9 / 2020				X		X							Imna Mendieta
4 / 9 / 2020				X		X							Imna Mendieta
5 / 9 / 2020				X		X							Imna Mendieta

Yo, IMNA MENDIETA Identificado (a) con CC: 52 045 168, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NATALIA VELASQUEZ	1121914029	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. Je

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 9 2020				X		X			X			
2 9 2020	X			X		X						
3 9 2020				X		X						
4 9 2020				X		X						

Yo, NATALIA VELASQUEZ 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	1120498277	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 8 2020				X		X			X			
1 9 2020				X		X						
2 9 2020				X		X						
3 9 2020				X		X						
4 9 2020				X		X						

Yo, DIEGO ANDRES BARON QUINTERO identificado (a) con CC: 1120498277, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 992 de 1994, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24 numeral 5. In

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 8 2020				X		X			X			
1 9 2020				X		X						
2 9 2020				X		X						
3 9 2020				X		X						
4 9 2020				X		X						

Yo, MARIAN GISELLE CASTRO Identificado (a) con CC: 1121827319, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	40448789	ADMINISTRATIVO

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 992 de 1994, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24 numeral 5. In

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 8 2020				X		X			X			
1 9 2020				X		X						
2 9 2020				X		X						
3 9 2020				X		X						
4 9 2020				X		X						
5 9 2020				X		X						

Yo, MARIA OLINDA MURILLO HERRERA Identificado (a) con CC: 40448789, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
DIANA MARCELA SANCHEZ	1120364043	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 8 2020	X			X		X			X			<i>[Signature]</i>
1 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
2 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
3 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
4 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
5 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, DIANA MARCELA SANCHEZ identificado (a) con CC: 1120364043, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JAVIER HERRERA	86069207	REGENTE FARMACIA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 8 2020				X		X			X			JAVIER
1 9 2020				X		X						JAVIER
2 9 2020				X		X						JAVIER
3 9 2020				X		X						JAVIER
4 9 2020				X		X						JAVIER
5 9 2020				X		X						JAVIER

Yo, JAVIER HERRERA identificado (a) con CC: 86069207, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
HERNAN DARIO RAMOS	97611226	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
31 8 2020												
1 9 2020				X								<i>Gm</i>
2 9 2020				X								<i>Gm</i>
3 9 2020				X								<i>Gm</i>
4 9 2020				X								<i>Gm</i>
5 9 2020				X								<i>Gm</i>

Yo, **HERNAN DARIO RAMOS** identificado (a) con CC: **97611226**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Ailyn Paez Paro</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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
22 08 20				1								
24 08 20				1								
25 08 20				1								
26 08 20				1								
27 08 20				1								
28 08 20				1								
31 08 20				1								
01 09 20				1								
02 09 20				1								
03 09 20				1								
04 09 20				1								
05 09 20				1								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora 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	C.C.P.P.	Unidad Funcional
Marta Natalia Cediel	1.118.570.378	Ar. Enfermería / Asistencia 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	
	Cofia	Monopala de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 08 20				1									
18 08 20				0									
19 08 20				1									
20 08 20				1									
21 08 20				0									
24 08 20				1									
25 08 20				1									
26 8 20				1									
27 08 20				1									
28 08 20				1									
29 08 20				1									
31 08 20				1									

Yo, Marta Natalia Cediel identificado (a) con CC: 1.118.570.378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	C.C.P.P.	Unidad Funcional
Cesar Duarte Santos	1047 438 183	Medico General Asistencia 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	
	Cofia	Monopala de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20				1									
18 08 20				1									
19 08 20				1									
20 08 20				1									
21 08 20				1									
22 08 20				1									
24 08 20				1	1								
25 08 20				1	1								
26 08 20				1	1								
27 08 20				1									
28 08 20				1									
31 08 20				1	1								

Yo, Cesar Duarte Santos identificado (a) con CC: 10 47 438 183, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 018000970303
VIGILADO



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

Cesar Alberto Duarte Sinto 1047 438 183 Medico General /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)		Cefia	Monogate de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con valvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
01	09				1								<i>[Signature]</i>
02	09				1								<i>[Signature]</i>
03	09				1								<i>[Signature]</i>
04	09				1								<i>[Signature]</i>
05	09				1								<i>[Signature]</i>

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

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

Harold Guillermo Penaranda 84455111 Medico General /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)			Cefia	Monogate de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con valvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
29	08	20				1	1							<i>[Signature]</i>
31	08	20				1								
01	09	20				1								
02	09	20				1								
03	09	20				1								
04	09	20				1								

Yo, Harold Guillermo Penaranda 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

Kelly Vanessa Ruiz 1010201040 Medico General/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)		Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañetes de látex	Guañetes de nitrilo	Guañetes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
31	08	20			1	1							Kelly Vanessa Ruiz
01	09	20			1								Kelly Vanessa Ruiz
02	09	20			1								Kelly Vanessa Ruiz
03	09	20			1								Kelly Vanessa Ruiz
04	09	20			1								Kelly Vanessa Ruiz
05	09	20			1								Kelly Vanessa Ruiz

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

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

Henry Dario Uva 1010201040 Medico General/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)		Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañetes de látex	Guañetes de nitrilo	Guañetes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
31	08	20			1	1							Henry Dario Uva
01	09	20			1								Henry Dario Uva
02	09	20			1								Henry Dario Uva
03	09	20			1								Henry Dario Uva
04	09	20			1								Henry Dario Uva

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Nannesa Charrias 10800-15506 Asistencia Jefe PYP

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogafis o seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas	Clasificaciónes	Firma
26 08 20				1								Eche
27 08 20				1								Johs
28 08 20				1								Johs
31 08 20	1			1	1				1			Johs
01 09 20				1					1			Johs
02 09 20				1								Johs
03 09 20				1								Johs
04 09 20				1								Johs
05 09 20				1								Johs

Yo, Nannesa Charrias identificado (a) con CC: 10800-15506, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Oscar Jimenez 1054 090740 Asistencia Psicologo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogafis o seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas	Clasificaciónes	Firma
31 08 20				1	1							Johs
01 09 20				1								Johs
02 09 20				1								Johs
03 09 20				1								Johs
04 09 20				1								Johs

Yo, Oscar Jimenez identificado (a) con CC: 1054 090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

MARIA NATALIA GABRIEL PATINO	1.118.570.378	Aux. Enfermería / 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)			Cofia	Monopie de seguridad	Cinco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No3 con Velocit	Guañes de látex	Guañes de nitrilo	Guañes de nylon	Enja desechable	Poliniz	Observaciones	Firma
01	09	20				1								[Firma]
02	09	20				1								[Firma]
03	09	20				1								[Firma]
04	09	20				1								[Firma]
05	09	20				1								[Firma]

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

Yore Socha	1.118.574.733	Asistente Administrativo /
------------	---------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monopie de seguridad	Cinco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No3 con Velocit	Guañes de látex	Guañes de nitrilo	Guañes de nylon	Enja desechable	Poliniz	Observaciones	Firma
31	08	20				1								[Firma]
01	09	20				1								[Firma]
02	09	20				1								[Firma]
03	09	20				1								[Firma]
04	09	20				1								[Firma]

Yo, Yore Socha identificado (a) con CC: 1.118.574.733 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

<u>Esneider Murales</u>	<u>17953025</u>	<u>Asistencial Ginecologo</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)			Cofia	Monogafte de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollines	Observaciones	Firma
01	09	20									0			

Yo, Esneider Murales identificado (a) con CC: 17953025, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

<u>Vivian Suarez Hernandez</u>	<u>1.118.537.038</u>	<u>Med. Interna / 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)			Cofia	Monogafte de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollines	Observaciones	Firma
14	08	20	1			1					1			
15	08	20	1			1					1			
18	08	20	1			1					1			
19	08	20	1			1					1			
24	08	20	1			1	1				1			
01	09	20	1			1	1				1			
01	09	20	1			1	1				1			
02	09	20	1			1					1			
04	09	20	1			1					1			

Yo, Vivian Suarez Hernandez identificado (a) con CC: 1.118.537.038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000970383
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Linibeth Cruz</u>	Cédula <u>52929376</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	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
01 07 20				1	1								
08 07 20				1	1								
15 07 20				1					1				
22 07 20				1	1				1				
29 07 20				1	1				1				
03 08 20	1			1	1				1				
08 08 20	1			1	1				1				

Yo, Linibeth Cruz Identificado (a) con CC: 52929376 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Gonzalez Cuevas Ysella</u>	Cédula <u>47441197</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	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
18 08 2020				1									
19 08 2020				1									
20 08 2020				1									
21 08 2020			1	1									
24 08 2020				1									
25 08 2020				1									
26 08 2020				1									
27 08 2020				1									
31 08 2020				1									
01 08 2020				1									

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.


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0800997033
VIGILADO



5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja

	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
3/09/2020	YOLY PATRICIA OVALLE	PYP	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	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%	SOBRE SALIENTE



	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
3/09/2020	ZULMA BETANCUR	PYP	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



	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
03/09/2020	ANDERSON VACCA	AUX. ADMON	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (flocker 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	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
03/09/2020	MARIA CECILIA RODRIGUEZ	AUX. ADMON	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

TOTAL	8	1%	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	88%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010332



	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
03/09/2020	CALUDIA YANETH RODRIGUEZ	AUX. ADMON	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

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

TOTAL	9	1	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	SANDRA MOZO	AUX. ENFERMERIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).				
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	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
25/08/2020	NIDIA SAENZ	AUX. FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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



	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
25/08/2020	SANDRA PIÑEROS	AUX. FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

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

TOTAL	13	1	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 01000190302
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
30/9/2020	MARIA LUCIA PEDRAZA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Lima, Correo 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
3/09/2020	GILMA ROA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
30/9/2020	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (flocker 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)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910002
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	LUZ AMPARO AYALA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama

	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
3/9/2020	HICAY TIANA	ADM.	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			"no hay"
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				
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 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
15/sep/20	SOFIA CHAPULLA	ADM	

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		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 hay'
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)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01800010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-10
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
31 sept 20	LINA ARAQUE	ADM	

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

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

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 01000170332



	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
8/Sept/20	DANA ACELLO	ASISTE	

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

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

TOTAL				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
31 sept 20	Leon Rodriguez	Asiste	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).				no hay
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)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0200019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
31 sept 20	Rmg Norberto		Anste

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

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

TOTAL				
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
 Lima, Coram Nacional, 01800010332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
31 Sept 20	OSWALDO GONZALEZ	Asisten	

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

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

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303



	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
31 sept 20	ANGELA FAJARDO	ASISTE	

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).				no hay
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	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				

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
31 SEPT 20	Gloria Arredondo	adm	

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).				no hay
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)				

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
31 sept 20	DIANA CERCADO	ADM	


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

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

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
31 Sept 2020	LINA ZABALA	FARMACIA	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).				no hay
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)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
31 Sept 20	MICHELLE VELAZQUEZ	FARMACIA	

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		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 hay
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		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)			

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
31/sep/2020	SOYA PIRA	FARMACIA	

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		X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no hay
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)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso

	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
1/09/2020	ELIDA MARIA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

TOTAL	13			PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)		100%			



	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
20/9/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR FARMACIA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR FARMACIA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR FARMACIA
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			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019030



	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
3/09/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

TOTAL	13			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
1/09/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a que le 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	JEFE DE ENFERMERÍA

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



	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
20/9/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



	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
3/09/2020	SERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA SOGAMOZO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

TOTAL	13			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
1/09/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA \$OGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
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			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2/09/2020	LEIDY RUTH GAITAN	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR FARMACIA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR FARMACIA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR FARMACIA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	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			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
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
30/9/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

TOTAL	13			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
1/09/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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 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 (flocker 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	MEDICO

TOTAL	13			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2/09/2020	ALEXANDER HERRERA	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

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



	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
30/9/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	CONSULTA EXTERNA \$OGAMO\$O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

TOTAL	12			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá

	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
03-09-2020	Ingrith Bentrago	Chiquinquirá	Leidy Bentrago

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				
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 de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03-09-2020	Samira Castellanos	Chingona	Leidy Buitrago


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de 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
3-09-2020	Gloria Ballesteros	Chaquira	Leidy Buitrago

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

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

TOTAL			
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 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
03-09-2020	Leidy Buitrago	Chicquua	Leidy Buitrago

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03-09-2020	Enka Saucedo	Chiquirra	Ledy Burtrago

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				
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
 Lima, Coram Nacional, 01800019033
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03-09-2020	Shirley Ponce	Chiquinquira	Leidy Burbago

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)				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
03-09-2020	Melissa Cardenas	Chicoping	Leidy Burdway 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, 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			
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
 Unidad Ejecutiva de Operación y Control de Calidad
 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
03-09-2020	Jennifer Ballen	Chiguirá	Leidy Buitrago


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de 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
03-09-2020	Juliana Suarez	Chigaura	Leidy Barbagó

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01800010303
VIGILADO



5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Moniquirá

	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
3/09/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ

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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		NO USO DE VISCERA EN TOMA DE MUESTRAS
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 EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
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			SEMANAL
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			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

TOTAL	14	1	0	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
03/09/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis al 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			EN ATENCION AL USUARIO.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
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 EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
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			SEMANALMENTE
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	NO AREA DE ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS DESINFECTANTES ESTA A CARGO DE SMARTH BUSSINES.

TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	60%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
30/9/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	14	1		PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
3/09/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

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

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	13	1	1	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa

	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
03/09/20.	Diana Gatica	C.E.	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
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: (57) 201 9000000
 Correo Electrónico: oficina.asesoria@super.gov.co
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
03/09/20	Amorato D.	C.E.	Diana Gantiva


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

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

TOTAL	15			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
 Lima, Coram Nacional, 01600010332
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
03/09/20	Henry Comelo	C.E	Diana Galtwa


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	12	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	83%		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram 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
03/09/20	Fanny Calcedo	C.E.	Diana Santiveri

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333



	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
03/09/20	Leidy Cofillo	C.E.	Diana Gavilán

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	2	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	85.		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 010001910332
VIGILADO



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

	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
3/09/2020	Yanibe Velazquez	Asistencial	


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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033



	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
31/09/2020	Melissa Popu	Asesoria	

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 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
03/09/2020	Daniel Cervino	Asistencia	Daniel Cervino

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

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

TOTAL	15			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
1/09/2020	Yuley Mercedes	Administración	

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


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

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

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



5.1.8 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Soatá

	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
30/9/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			uso de monogafas y protección respiratoria N95 en procedimientos de laboratorio.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colación y retiro adecuado de los epp
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			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			x	

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



	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
3/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS	A SISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVEZ

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			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.	x			uso de protección respiratoria N95 para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Sin embargo al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
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		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple y Total de criterios evaluados * 100)		100%			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVEZ


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			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		no uso de monogafas usa protección respiratoria convencional.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Una vez o tenerse impermeables guantes los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se	X			se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
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 (botines) Y aplica las buenas practicas			X	realiza labor administrativa

TOTAL	11	1	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%		

PUNTAJE	
0%-80%	NO CUMPLIDO
80%-94%	ACEPTABLE
95%-100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL MIEMBRO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	ASTRID	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva 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 máscara facial, monogénica y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar aerosolización.	x			uso de protección respiratoria convencional
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x	labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x	labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			usa bata impermeable a pesar de que realiza labor administrativa
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y	x			se cuenta con piezas graficas de colocación y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Existen limpiar 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 o tapabocas) Y aplica las buenas			x	

TOTAL	12	0	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados x 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLE
80% - 94%	CUMPLE PARCIAL
95% - 100%	CUMPLE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800010303
 Vigilado



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

FECHA 3/09/2020	NOMBRE DEL FUNCIONARIO DEISY LILIANA ESTEVES	AREA / UNIDAD ADMINISTRATIVA	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN DEISY LILIANA ESTEVES
---------------------------	--	--	--

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva a su calificación: 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, mono/gafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar aerosolización.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR n600 con filtro m400
2	Utiliza las 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 aerosolización.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			se cuenta con placas graficas de colocación y nitro adecuado de los app
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 sus líquidos peligrosos se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicas para las tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)	X		X	

TOTAL	14		1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumplir)/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 personal sede Villavicencio

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027
			Versión: 1
			oct-19
			1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2019	Gabriel Babilonia	Asistencial	Jhona Salfana


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Angie Machado	Asistencial	Jhoan Santana

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


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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Corchales N°10001-00001
 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
3-09-2020	wilder novoa	Asistencial	Jhoan santana

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

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
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	FIGTH027
		Versión: 1
		003-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	DANIELA CARRERO	ADMIN	Jhoan Santana

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


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

TOTAL	10	0	5
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Normativa: 018000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Edgar Garcia	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General 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 Y UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Carolina Barbosa	Asistencial	Jhona Santana

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos				
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	10	0	5	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
 Lima, Correo Nacional: 01000101033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Ruby Ruiz	Asistencia	JHOCA SANTANA

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

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000101032
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GH)0027
		Versión: 1
		cct-1B
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Ingrid Cardenas	Asistencia	Jhoan Salazar

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

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

TOTAL	10	0	5	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 de Consulta Normativa: 01800091032
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
3-09-2010	Paola Tulbija	Admin	Thoca Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		Cumple	No cumple	No aplica	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos				
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	LOS EPP SON IMPERMEABLES
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.	✓			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Operativa de Atención Primaria
 Línea Control Nacional: 0800019030

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
3-09-2020	Aura Roa	Admin	JUAN SANTANA

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

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

TOTAL	10	0	5	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
 Linea Control 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 INSPECCION
3-09-2020	Diego Bocanegra	Admin	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	4	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 Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Miguel Beltran	Admin	Jhoan Santana

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

TOTAL	10	0	5
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 de Gestión y Control de Riesgos
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
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 INSPECCION
03-09-2020	DORWIN GOMEZ	Asistencial	Jhoan SANTANA

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

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

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO	
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
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 C.C. 0900010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	July Rojas	Asistencial	Jhuan Santana

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000191033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Jovana Cordoba	Asistencial	JUAN SANTANA

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 prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1
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: 01000101033
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 INSPECCION
3-09-2020	Karina Arango	Asistencial	Thocan Sautara

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
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 (bates, 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
 Lima, Correo Nacional: 01000191033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Cesar Guerrero	Asistencia	Juan Santana

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

TOTAL	13	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 011 2600910303
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Vanessa Parado	Asistencia	Jhoan Saltana

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

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

TOTAL	10	0	5		
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
 Unidad Ejecutiva Operativa de Bioseguridad
 Lima, Correo Electrónico: 01800019030

VIGILADO



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

ECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Erica Hernandez	Asistencial	Jhson Santana

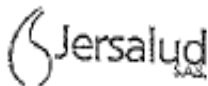
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

No	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, 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	10	0	5	<table border="1"> <tr><td>0% - 30%</td><td>NO CUMPLIDO</td></tr> <tr><td>30% - 80%</td><td>ACEPTABLE</td></tr> <tr><td>80% - 100%</td><td>SOBRESALIENTE</td></tr> </table>		0% - 30%	NO CUMPLIDO	30% - 80%	ACEPTABLE	80% - 100%	SOBRESALIENTE
0% - 30%	NO CUMPLIDO										
30% - 80%	ACEPTABLE										
80% - 100%	SOBRESALIENTE										
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000170332
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
3-09-2010	Xiomara Olaya	Asistencia	Jhoan Santana

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			
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	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Jose Romero	Asistencial	Jhoan Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que 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	9	0	6	<table border="1"> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </table>		0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
0% - 80%	NO CUMPLIDO										
80% - 94%	ACEPTABLE										
95% - 100%	SOBRESALIENTE										
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000170332
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
3-09-2020	Joddy Torres	Asistencial	Jhuan Santana

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		Cumple	No cumple	No aplica	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

RANGO DE PUNTAJE	ENVIADO A
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 010001910302
 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
3-09-2020	Marina Goizalez	Asistencial	Juan Saitana

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, 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	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 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	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	Adriana Rey	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según sus calificaciones: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACION DE RIESGOS FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		SIEMPRE	SOMETR	NUNCA	
1	Utiliza visera facial, mangaras 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	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados: 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Ruth Baquero	Asistencial	JHOAN SANTANA

Calificación de evaluación: Marca con una (X) equis en sus calificaciones: C= Cumplido, NC= No Cumplido, NA= No aplica.

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Ronda: Total Cumplido / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 010001910302
VIGILADO

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		03-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Paola Galindo	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / Total de criterios evaluados) x 100	100%				
		PUNTAJE			
		0% - 80%	NO CUMPLIDO		
		80% - 94%	ACEPTABLE		
		95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0100010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-16
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Jenny Gutierrez	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Mercacon (una) (s) (quis) (s) calificaciones: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

TOTAL	10	0	5	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
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0500010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/ UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Diany Duarte	Admin	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Punte Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		
	0% - 80%	NO CUMPLIDO	
	80% - 94%	ACEPTABLE	
	95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000191033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/ UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Sandra Peñalosa	Admisión	Jhoan Sautara

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		1	2	3	
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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



	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
3-09-2020	Soledad Linares	Admisn	Jhoan saltara

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

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	Sebastian Falla	Admin	Jhoan Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES / FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			LOS EPP son desechables
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 prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910002
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Duvan Villegas	Admin	JUAN SANTANA

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

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Bioseguridad
 Calle Comuna Nacional, 01000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Karen Melo	Admisión	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5
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
 Lima, Correo Nacional: 01000190302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Yanile Saboga	Asistencia	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	13	0	2
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Punteo 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: 01800019033
 VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3-09-2020	IVAN PUENTES	Asistencia	JUAN SANTANA

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 (zapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2
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: 01000190302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
3-09-2020	Leidy Velazquez	Asistencia	Jhoan Santana

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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		Cumple	No cumple	No aplica	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
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 polsinas (zapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1
PROPORCION 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 Consulta Nacional: 01800010303
VEGILADO




5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027			
		Versión: 1			
		oct-18			
		1 DE 1			
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
3/09/2020	LEIDY MORALES	REGENTE	SANDRA PATIÑO		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
TOTAL		9	1	5	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			
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		
3/09/2020	LILIANAN ROJAS	LINEA DE FRENTE	SANDRA PATIÑO		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y 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	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			
					PUNTAJE
					0% - 80% NO CUMPLIDO
					80% - 94% ACEPTABLE
					95% - 100% SOBRESALIENTE



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/09/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y 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		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	OLINDA MURILLO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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	SE ENTREGA BATA DESECHABLE YA QUE ESTA EN CONTACTO PERMANENTE CON PACIENTES
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	12	0	3	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
3/09/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

TOTAL	13	1	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			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
3/09/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/09/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

TOTAL	13	0	2	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
3/09/2020	JAVIER HERRERA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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		PENDIENTE CAPACITACION
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%			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
3/09/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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


TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE




5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede 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	
3/09/2020		NOHORA ALEJANDRA PIRABAN		ADMINISTRATIVA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	AL ESTAR EN CONTACTO DIRECTO CON USUARIOS, SE LE SUMINISTRA DE FORMA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/09/2020		YADIRA TORO PINEDA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores 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					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
3/09/2020	IMNA MENDIETA CONTRERAS	CONSULTA EXTERNA	NAIRA GUERRA VARGAS			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X				
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE 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				
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		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/09/2020		JORGE ENRIQUE CLAVIJO		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE 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					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	0	5	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	
3/09/2020		LILIANA FONSECA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Limpió los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE 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					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	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	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	




		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	
3/09/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	SE HACE ENTREGA DE MANERA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		PENDIENTE CAPACITACION		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
3/09/2020	JOSE MEJIA	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			
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)		90%			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	
3/09/2020		MARLY		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/09/2020		MARGARITA ZAMBRANO		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1							
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
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			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

F(GD)003 Vr.1 Jun-2019		Informe General Bioseguridad Semana 1 de Septiembre				
		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			
31/08/2020	Kelly Vanessa Ruiz	Asistencial	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/09/2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Harold Peñaranda		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Vanessa Charris		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Jefe de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Maria Alejandra Vargas Palacios		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Henry Dario Uva Pelayo		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
31/08/2020		Natalia Cediel		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		AMERIDA BARRERA TOLOSA		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Coordinadora de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Oscar Jimenez	Asistencial	Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicologo
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido. (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
TOTAL		9	0	6	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80% NO CUMPLIDO
					80% - 94% ACEPTABLE
					95% - 100% SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		Arlyn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
TOTAL		10	0	5			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Martha Cordoba		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Sandra Lorena Arias		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Coordinadora de Sede		
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		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



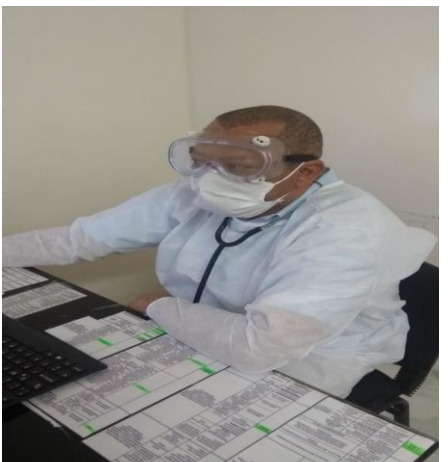
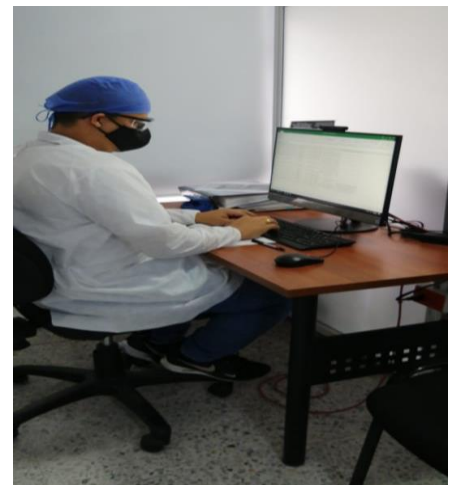
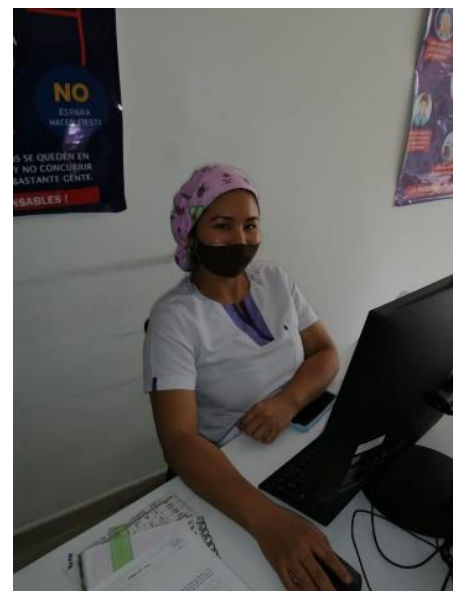
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01/09/2020		Nelsy Johana Miranda		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Auxiliar de Farmacia		
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		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01-09-202		Diana Paola Luna Trujillo		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80% NO CUMPLIDO		
					80% - 94% ACEPTABLE		
					95% - 100% SOBRESALIENTE		



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



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





VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910332



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												
												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23/08/20	Yvonne Holo	Docente	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Yvonne Holo
27-8-20	Juan Fonseca	psicólogo	C. Ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Juan Fonseca
27-08-20	Roberto	Docente	C. Ext	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Roberto
27-08-20	Sara C. M. H.	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Sara C. M. H.
27-08-20	Paulina R.	Adm	C. Externa	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Paulina R.
27-08-20	Leon	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Leon
27/8/20	Bernard Gonal	Medico	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Bernard Gonal
27/8	Juel D	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Juel D
27/08/20	Fátima	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Fátima
28-8-20	Leticia Perez	Aux. General	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Leticia Perez
28-8-20	Nubia Vasquez	Coord. Secc	C. Ext	No	Si	36.3	No	No	No	No	No	Nubia Vasquez
28-08-20	Luz M. Rojas	Medico	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Luz M. Rojas
28-08-20	Marica Flores	Medico	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	Marica Flores
28/08/20	Jennifer Matus	T.S	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Jennifer Matus
28/08	Claudia Gomez	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Claudia Gomez
28-08-20	Audrey Montoya	MD General	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Audrey Montoya
28-08-20	Leonora Torres	TA Adm	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Leonora Torres

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-08-20	Nubia V.	C. Sede	C. Ext	No	Si	36.1	No	No	No	No	No	Nubia V.
28-08-20	Carla Basteros	Analista SSI	Admin	No	No	35.0	No	No	No	No	No	Carla Basteros
28-08-20	Juan H. Guzman	Eng. Supl	Adm.	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Juan H. Guzman
28-08-20	Wiliana Arias	Aux Farmacia	Farmacia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Wiliana Arias
28-08-20	Anales Forcello	Administrativa	Adm	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Anales Forcello
28-08-20	Sandra Prietas	Aux. Farm	Farmacia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Sandra Prietas
29-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Daniela Suarez
28-08-20	Maria Julia Lopez	Aux Admin	Admin	No	No	36	No	No	No	No	No	Maria Julia Lopez
28-08-20	Milvia Sotelo	Aux Adm	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Milvia Sotelo
29-08-20	Maria Julia Lopez	Aux Admin	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Maria Julia Lopez
29/08/20	Elizavetha	Coord. Am. TH	Admin	No	No	36.3	No	Si	No	Si	No	Elizavetha
29/08/20	Diana Gomez	Jefe farm	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Diana Gomez
29/08/20	Nubia V.	Coord Sede	C. Ext	No	Si	36.1	No	No	No	No	No	Nubia V.
31/08/20	Juan H. Guzman	Eng. Supl	Adm	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Juan H. Guzman
31/08/20	Nubia V.	Coord Sede	C. Ext	No	Si	36.2	No	No	No	No	No	Nubia V.
31/08/20	Carla Basteros	Analista SSI	Admin	No	No	35.16	No	No	No	No	No	Carla Basteros
31/08/20	Anales Forcello	Analista F.	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Anales Forcello

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01600010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en día enfermo?	Firma del funcionario	
28/08/20	Alfonso Rodríguez	Nutricionista	C.EXT	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Clara Rodríguez	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Cecilia Rodríguez	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Diana Varez	Aux. Serv.	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Sandra Varez	Aux. Serv.	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Gilberto	HT	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Mónica Fátima	Head	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Joel Durán	MD	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Paul Hino	MD	C.EXT	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Gusson Gum	Medic	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en día enfermo?	Firma del funcionario	
28-08-20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]	
28-08-20	Clara R	Aux. adm.	C.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]	
28-08-20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Paul Hino	M.D	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Joel	MD	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]	
28/08/20	Gusson Gum	Medic	C.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]	
28-8-20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]	
29-8-20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	37.1	No	No	No	No	No	[Firma]	
29/08/20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]	
29/08/20	Jennifer Morán	TS	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	[Firma]	
29-08-20	Andrea Zepeda	Aux. Admin	ADM	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]	
29-08-20	Diana Varez	Aprendiz	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]	
29/08/20	Paul Hino	MD	C.EXT	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]	
29/08/20	John Lan E	MD	C.EXT	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]	
29/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]	
29/08/20	John Lan E	M.D	C.EXT	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]	

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

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
25/08/20	Yuzana Becerra	Aux Farmacia	ASIS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yuzana
28/08/20	NOY ESPITIA	Aux Farmacia	Asist	NO	NO	36.0	SI	NO	NO	NO	NO	Deyane
28/08/20	NEILY CAÑO	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	Neily
28/08/20	Johana Vargas	Aux farmacia	Asiste.	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
28/08/20	Daisy Johana C.	Reg Farmacia	Adm.	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
29-08-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Facturación	NO	NO	36.6.	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
29-08-20	Andrés Parada	Aux facturación	Adm.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
29-08-20	Lastis Tatari	Aux Farmacia	Facturación	NO	NO	36.14	NO	NO	NO	NO	NO	Lastis
29-08-20	Nidia Salenz	Aux farmacia	admi.	NO	NO	36.0c	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
29-08-20	Sandra Pérez	Aux Farm.	Adm.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
29-08-20	Daisy C.	Regente	Adm.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
29-08-20	Julian Morano	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Julian
29/08/20	Johana Vargas	Aux farmacia	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
29/08/20	NOY ESPITIA	Aux Farmacia	Asist	NO	NO	36.0.	SI	NO	NO	NO	NO	NOY
29/08/20	NEILY CAÑO	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	Neily
31/08/20	Sandra Pérez	Aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
31-8-20	Nidia Salenz	AUX farm.	Farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
29/08/20	Jessy Molina	MD	C Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Jessy
29-8-20	Juan Fonseca	PSI	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
29/08/20	Carson Gum	Med	C Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Carson
29-08-20	Claudia R	Admin	C Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
29/08/20	Jessy Molina	MD	C Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jessy
29/08/20	Clara Linares	Administración	C Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
31-08-20	Olivia Ibarra	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
31-08-20	Jennifer Rojas	T.S	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
31-8-20	Anderson Ch	aux de adm	C. adm	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
31-08/20	Marica Flaech	Med	C ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Marica
31-08-20	Van Mojica	Med	C. ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Van
31-08-20	Hania Lopez	Aux General	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Hania
31-08-20	Zulmayra de la Cruz	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Zulmayra
31-08-20	Claudia Barrera	MD	C Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
31/08	Sandra Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
31-08-20	Claudia Montoya	Médica Gen	C Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
31-8-20	Juan Fonseca	PSI	C Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Juan

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: snc@minsa.gob.pe
 Línea Correo Nacional: 01800091033

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/eflujo	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
31-08-20	Maria Paula Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria P
31-08-20	David Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	David
01-09-20	Juan Pizarro	Ingeniero	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Juan P
01-09-20	Sandra Estrella	Analista SI	Admin	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra I
01-09-20	Diana Gamba	Jefe de Sala	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
01-09-20	Maria Paula Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria P
01-09-20	Andrés Parodi	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
01-09-20	Elizaveth Arroyave	Luis Pizarro	Admin.	NO	NO	36.2	SI	SI	NO	NO	NO	Elizaveth
1-9-20	Esteban Mejia	Apoyo	Admin.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esteban
1-9-20	Diana Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02-09-20	Maria Paula Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Maria P
02-09-20	Sandra Estrella	Analista SI	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
2-9-20	Clara Vinciguerra	Recat. Farmacia	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
2-09-20	Andrés Parodi	Analista SI	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
2-09-20	Juan Pizarro	Ingeniero	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juan P
2-09-20	Juan Pizarro	Jefe de Farmacia	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan P
2-9-20	Elizaveth Arroyave	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Elizaveth

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGMA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/eflujo	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
31/08/20	Maria Paula Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria P
31/08/20	Olivero	Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Olivero
31/8/20	Joel Duran	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Joel D
31/08/20	John Low	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	John L
31/08/20	Honca F	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Honca F
31/08/20	Maria Paula Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria P
31/08/20	Wendy Mejia	Med.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
31/8/20	Gerison Gonzalez	Med.	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gerison
31/8/20	Isabel Arroyave	Med.	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
31/8/20	John Low	MD	C. EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	John L
31/8/20	Isabel Arroyave	Med.	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
31-8-20	Wendy Mejia	Med.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
31-8-20	Anderson Lopez	Aux Admin	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
21-08-20	Juan Pizarro	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan P
31/08/20	John Low	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	John L
31/8/20	Joel Duran	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Joel D
31/8/20	Gerison	Med.	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gerison
31/08/20	Isabel Arroyave	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
31/08/20	Amirio Ayala	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Amirio

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Linea de Atención al Usuario: 01 8000 910333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondroga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
31-08-20	Claudia R	Aux admin	Linea F	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia S	
1-09-20	Maria Rojas	Aux. Servicio	C-Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Maria R	
01/09/20	Maricela Flaca	Med	Cext	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Maricela F	
01/09/20	Bel Durán	MD	CExt	N	N	36,5	N	N	N	N	N	Bel Durán	
01/09/20	Nubia Vaquer	C.EXT	Coord Secc	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia V	
1/09/20	Gino Rosal	CExt	Red	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Gino Rosal	
1/09/20	Diana Ibanez	C.EXT	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I	
01/09/20	Jennifer Matos	ASISTENTE	T.S	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer M	
01-09-20	Alicia Montes	Med Gen	C Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Alicia M	
01-09-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	35.9.	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Z	
01-09-20	Zolma Belandier	INFORME	C.EXT.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Zolma B	
01/09/20	Delucio Pacheco	Nutricionista	CExt	NO	NO	NO (36)	NO	NO	NO	NO	NO	Delucio P	
01/09	Carolina Bando	MD	CExt	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina B	
01/09	Yvonne Brice	Medico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Yvonne B	
01/09/20	Joel Durán	MD	CExt	N	N	36,2.	N	N	N	N	N	Joel D	
01/9/20	Bertha Cam	Medico	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Bertha C	
01/09/20	Tha L S	MD	T-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Tha L S	
01/09/20	Rocío Torres	MD	CExt	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Rocío T	
01/09/20	Fabiola	MD	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Fabiola	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondroga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
31/08/20	Deisy O	Regente	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy O	
01/09/20	Deisy O	Regente	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy O	
01/09/20	Isabel T.	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel T	
01/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
01/09/20	Nidia Salenz	Aux farm	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
01/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
02/09/20	Deisy O	Regente	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy O	
02/09/20	Yvonne T	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvonne T	
02/09/20	Nidia Salenz	Aux farm	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
02/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
02/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
03/09/20	Deisy O	Regente	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy O	
03/09/20	Yvonne T	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvonne T	
03/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
03/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
03/09/20	Nidia Salenz	Aux far	farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia S	
03/09/20	Julian M	Farmacista	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julian M	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-09-20	Ena Calle	MD	C.EXT	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-09-20	[Firma]	MD	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-09-20	Cludia Ramirez	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	Cludia R	Aux Admin	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	John Lopez	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-09-20	[Firma]	MD	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-09-20	Anderson	Aux Adm	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	Carson Gu	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	Edwin	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Yana Rojas	Aux. S. Generales	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Fajal C. Rodriguez	Aux. Admin.	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Monica F	Medic	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Jennifer Mateus	T.S	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Walter Mojica	Medic	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Alfonso Martinez	Med. Gral	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-09-20	Joel Duran	MD	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Andrea Ziga	Aux Admin	AdminCE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Adoris Cruz	Aux Admin	AdminCE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Olivia Ibanez	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
02-09	Wilson Moreno	Admin	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09	Claribel Barrera	Med	Medico	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-09	Sandra Rojas	Medico	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-09-20	Elisaveth	Nutricionista	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2-9-20	Juan Vanessa T	psicologa	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-09-20	Juan Carlos	Asesora	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-09-20	Glenn R	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2-9-20	Joel D	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Monica F	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Carson G	Medic	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Josh Flores	MD	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Jim W	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-09-20	Ena Calle	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-09-20	Dr. Lucia	Nutricionista	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-09-20	Alfonso	MD	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2-9-20	Juan Vanessa T	psi	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-09-20	Juan Carlos	Aux Admin	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrología	Fatiga y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?		
02-09-20	Anderson (Vaca)	Quirófan	Cherif	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
20-09-20	Spa Abdi	MD	C. Suf	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
20-09-20	John Lira	Mn	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
02/09/20	John Flores	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
02/09/20	Zulma Betancur	Enfermera	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
21/09/20	Miriam Jimenez	M.D	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
02-09-20	Daniela Sobret	Aprendiz	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
02-09-20	Andrea Zepeda	Aux Admin	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Cecilia Pacheco	Aux Adm	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Kubaira Vasquez	Coordin. Sede	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Jennifer Matute	T.S	Asistencia	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Mauricio F	MD	C. Ext	No	No	30	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Luz Mercedes J	MD	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Joel Duran	MD	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Janeth Torres	Metro	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Galina Lira	Recepcion	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Diana Ibarriz	Aprendiz	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrología	Fatiga y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?		
03/09/20	Cristina Barrera	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Alfredo Montoya	MD General	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Andrea Zepeda	Aux Admin	C. Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Juan Joseca	psicólogo	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Diana Velazquez	psicóloga	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Anderson (Vaca)	Quirófan	C. Ext	No	No		No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Jed Duran	MD	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Luz Mercedes J	MD	C. Ext	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Alfredo Montoya	MD Gen.	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	Mónica Flores	MD G	C. Ext	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	John Lira	MD	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	John Flores	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Carson Quiroga	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Mónica Flores	MD G	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03/09/20	Miriam Jimenez	M.D	C. Ext	No	No	37.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-09-20	John Lira	Aux. S. Quirófan	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: snc@minsa.gob.pe
 Lima, Correo Telefónico: 01800091030



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
03-09-20	Sofía Plata Salazar	Analista SST	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-09-20	Andrés Paredes	Analista SOC	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-09-20	Diana Concha	Jefe de área	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-09-20	Abigail de la Paz	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-09-20	Kevin Lozano	Recepcion	Serv	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-09-20	German Aguayo	Coord. de Jm	Jm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-08-20	Maycol Velasco	Aux. Jm	Asisten.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Sofía Chaparro	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Diana Cercado	Aux. Adm	Admin	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Diana Aceño	Enfermera	Asisten.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Luis Zuluaga	Rec. F.	Asist.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Sonia Pina	Aux. Comar	Asiste	NO	NO	35.3	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Dhaval Pachter	Médico	Asist.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-08-20	Diana Aceño	Enfermera	Asisten.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Maycol Velasco	Aux. Jm	Asisten.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Diana Cercado	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Sofía Plata Salazar	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003	
											Versión: 2	
											mes: 09	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
28-8-20	Patricia Vuelvo	Aux farmacia	Asiste.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
28-8-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
28/08/20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
28/08/20	Hidaly Triana	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
28-8-20	Lina Arce	Aux ADM	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
28-08	Luis Zubeldi	Raq J.	ASIST	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
28/08	Sonia Pira	AUX-FARM	ASIST	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
28/08/20	Juan Roberto	MEDICO	ASIST	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
28/08/20	Quilbe Estreza	MEDICO	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Quilbe
28-8-20	Diana Casap	ASISTEN	ADM	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana

Entrada

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003	
											Versión: 2	
											mes: 09	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
29/08/20	Diana Acevedo	FARMACIA	ASIST	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29/08/20	Hidaly Triana	AUX-ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
29/08/20	Quilbe Estreza	MEDICO	ASIST	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Quilbe
29/08/20	Diana Acevedo	AUX ADM	ADM	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29/08/20	Sonia Pira	AUX farmacia	ASIST	NO	NO	36.25	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
29/08/20	Diana Acevedo	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29/08/20	Hidaly Triana	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
29/08/20	Quilbe Estreza	MEDICO	ASIST	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Quilbe
29/08/20	Diana Acevedo	FARMACIA	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
29/08/20	Sonia Pira	Aux farmacia	ASIST	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia

FALLADA

FALLADA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
31-8-20	Lina Arague	MAAADM	ADM.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
31-08	Lina Zabala	Reg Fceq	ASIST	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
31/08	OMIA (ELENA)	AUX-ADM	ASIST	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	OMIA
31/08	OMIA ALEJO	FATENCU	ASIST	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	OMIA
31/08/20	Hidaly Trana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
31/08/20	MOM-1 UHER	Aux. farm	ASIST	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	MOM
31/08/20	Sofia Charano	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
31/08/20	Lina Zabala	MED. CO	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
31/08/20	Sonia Pina	Aux. farm	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia

Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
01-09-20	Gloria Isabel Amelio coordinadora	Asistencial	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
01/09/2020	Sofia Charano	Aux. Adm	Adm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
01/09/2020	Diana Cercado	Adm	Adm	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
01/09/20	Hidaly Trana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
1-9-20	Lina Arague	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
01-09-20	Lina Zabala	MEDICO - ASIST	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
1-9-20	Orlando Lohens	Medico	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando
01/09/20	Diana Arco	Enfermera	ASIST	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
01-09-20	Lina Zabala	Reg Fceq	ASIST	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
01-09-20	Sonia Pina	Aux. farm	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FISIA003	
											Versión: 2	
											may 20	
											1 DE 1	
SALIDA												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeflega	Fatiga y Adnania	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-09-20	Hidalay Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	Gloria Avelaño	Coordinadora	Asistencia	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	Lina Zabala	Reg Fax	Asst	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/09/20	Sofia Chaparro	AUX.ADM	APREN	NO	NO	36.4	NO	NO	N	NO	NO	[Firma]
01/09/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asistenc	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/09/20	Sonia Pira	Auxil	Asiste	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FISIA003	
											Versión: 7	
											may 20	
											1 DE 1	
ENTRADA												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeflega	Fatiga y Adnania	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
02 Sep 20	Lina Zabala	Reg Fax	Asist	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/09/20	Sofia Chaparro	AUX.ADM	APREN	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/09/20	Diana P. Acero	Asistenc	Enferm	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Gloria Avelaño	coordinadora	Asistencia	NO	SI	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
0-9-20	Lina Zabala	Aux ADM	ADM	NO	SI	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/9/20	Diana P. Acero	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-9-20	Margarita	Aux fax	Asiste	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-9-20	Diana P. Acero	metre	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-09-20	Hidalay Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Sonia Pira	Aux. (ADM)	ASIST	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: lns@insa.gob.pe
 Línea Correo Nacional: 01800091030

VIGILADO



Jersalud												FIGAA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												may-20	
												1 DE 1	
												SAUDA	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Ondalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
2/09/20	Sofia Chaparro	Apoy Adm	Apren	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2/09/20	Diana Aceiro	Enfermera	Aciste	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2/09/20	Lizbeth Triana	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2/09/20	Sonia Piro	AUX farm	Asist	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
07/09/20	Diana P. Arango	Enfermera	Asistente	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
07-09-20	Gloria Aranda	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
28-08	Ana Powers	Aux. Adm	Línea frente	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-08	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencia	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-08	ANGLONOR B	aux Adm	adm	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28/08/2020	MILENA QUINTERO	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-8-20	Daniela Diaz	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29-8-20	Deisy Carolina Hernandez	coord. Adm	adm	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-08-20	Alexandra	moder	Coop	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-8-20	Cesar Camilo	Medico	Coop	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-08-20	Sergio Galy	Regente	Farmacia	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-08-20	Sandra Maldonado	Aux. Adm	Línea frente	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-08-20	Luis Gaitan	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
						35,7							

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910332
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
29-8	Alina Romero	Aux Activo	Linea frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Alina
29-8	Luis Galán	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
29-8	María Constanza B	Aux Adm	Sic	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	AMB
29/8/2020	MILENA QUINZO	ENFERMERA	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
29-8-20	Deyana D	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	Deyana
29-08-20	Sergio Galán	Recepte	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
29-08	Diego Herrera	medico	Cent	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diego

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
31-08-20	Sandra Malaver	Aux Activo	Linea frente	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
31-08	Luis Galán	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luis B.
31-8	María Constanza B	Aux Adm	Sic	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	AMB
31-08	Sergio Galán	Recepte	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
31/08/2020	MILENA QUINZO	ENFERMERA	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
31/8/20	Deyana D.	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Deyana
31-8-20	Daisy Conchillo	Recepte	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
31-08-20	Diego Herrera	medico	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
31-8-20	Cesar Guano	M.D	Cent	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
31-08-20	Carolina Caceres	Aux Fact	Farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
31-08	Alina Romero	Aux Activo	Linea frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Alina
3-8-20	Dany Virgas	Cuy enfermera	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Dany
21-08-20	Sebastian Rivera	medico	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian

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



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				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	Ondrefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
01-09	Ana Romero	Aux Aditvo	Linea front	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-9	Maria Constanza B	Aux Ad	Siav	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-9	Lucía Ruth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01/09/20	MILCA QUINCELA	GRIFERA	ASISTENIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-9-20	Dagmar D	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-9-20	DELY VAIGAS	aux. enfermería	asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01.09.20	Sergio Gily	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01.9.20	DELY CAROLINA HERRERA	COORD. ADMIN		NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-9-20	Paola Camacho	CEX	Medic	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-09-20	Georgina Loren	CEX	medic	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-09-20	Sandra Malaver	Aux. Aditvo	Linea Front	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1-9-20	Sebastian Pizarro	Medico	Ceas	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
010920	Sergio Gily	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
02.9.20	Paola Camacho	Med	CEX	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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 acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario	
02-09	Sandra Malaver	Aux Aditvo	Linea Front	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
2-9	Maria Constanza B	Aux Ad	Siav	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
2-9	Lucía Ruth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lucía
02/09/20	MILCA QUINCELA	GRIFERA	ASISTENIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milca
02.09.20	DELY CAROLINA HERRERA	COORD. ADMIN		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DELY
02.09	Georgina Loren	medic	CEX	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Georgina
02-09-20	Carimen Cáceres	Aux Farmacia	Aux Farm	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carimen
02-09-20	DELY VAIGAS	aux. enfermería	asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DELY
02-09-20	Ana Romero	Aux Aditvo	Linea front	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
02-9-20	Dagmar D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dagmar
02-9-20	Sebastian Pizarro	Medico	Ceas	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
2.9.20	Eduardo Deza	Medico	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 01 de Septiembre del 2020
 Vigilado



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	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
3-9-20	Alma Ramirez	Aux Admin	Limpieza	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Concepción B	Nx Adm	Serv	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Sandra Plata	Aux Admin	Limpieza	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/09/2020	MILKA NUNEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Deyane Diaz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Geisy Caballero	Medic	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Alondra Suarez	medic	cep	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Rene Camilo	MD	cep	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Daisy Vargas	aux enfero	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Juan Aguero	Supl Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/09/20	Sergio Esty	Regente	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/09/20	Carman Becerra	Nx Farm	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-9-20	Luis Pith Gale	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Geidy Lopez	Medic	EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-9-20	Deisy Rios	Medic	cep	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									
7/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA									

www.jersalud.com

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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



Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GD)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)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA									

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GD)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)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
2/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
3/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
5/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
7/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
8/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GD)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)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria									
5/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria									
7/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria									
8/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Asiador de Enfermeria	Asiador de Enfermeria									

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GD)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)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO									
5/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO									
7/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO									
8/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO									
9/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO									
10/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Gestión Nacional: 01800010303
VIGILADO



(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
2/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
3/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
4/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
5/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
7/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
8/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
9/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa

(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
3/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
4/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
7/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
8/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
9/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AYUDAR ADMINISTRATIVO	AYUDAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley

(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
2/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
3/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
4/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
5/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
7/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
8/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
9/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika

6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	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
						Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
01/09/20	Diana G	coord	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Diana
01/09/20	Diana G	coord	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Diana
02/09/20	Diana G	coord	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	Diana
02/09/20	Diana G	coord	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	Diana
03/09/20	Diana G	coord	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Diana
03/09/20	Diana G	coord	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Diana
28/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	Armando
28/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	Armando
31/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Armando
31/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Armando
01/09/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	Armando
01/09/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	Armando
02/09/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Armando
02/09/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Armando
03/09/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Armando
03/09/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	Armando

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000190303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA0003 Versión: 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	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	Otinofaringea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	37°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
3-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
3-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
28-08-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
28-08-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
31-08-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
31-08-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
01-09-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
01-09-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
02-09-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
02-09-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
3-9-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
3-9-20	Ledy Castillo	R. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
28/08/20	Diana G	coordin.	E.E	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Diana G
28/08/20	Diana G	coordin.	C.E	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Diana G
31/08/20	Diana G	coordin.	C.E	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Diana G
31/08/20	Diana G	coordin.	C.E	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Diana G

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA0003 Versión: 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	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	Otinofaringea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
20/08/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
21/08/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
31/08/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
31/08/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
01/09/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
01/09/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
02/09/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
02/09/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
03/09/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
03/09/20	Mary Camelo	Aux Administr	Administr	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mary C
28/8/20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	36.00°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
28/8/20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	36.00°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
31-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
31-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	37°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
1-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
1-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	37.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C
2-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf.	Asistencia	NO	NO	37.00°C	NO	NO	NO	NO	NO	Fanny C

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



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Guateque

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F/GAA/003 Versión 2 mar-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 otra entidad?)		
28-8-20	Yanibe V.	aux farm	Farm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
28-8-20	Yanibe U.	aux far	Farm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
29-8-20	Yanibe U.	aux far	Farm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
31-8-20	Yanibe V.	aux farm	Farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
31-8-20	Yanibe V.	aux Farm	Farm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
1-9-20	Yanibe V.	aux far	Farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
1-9-20	Yanibe V.	aux far	Farm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
2-9-20	Yanibe V.	aux far	Farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
2-9-20	Yanibe V.	aux far	Farm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
3-9-20	Yanibe V.	aux farm	Farm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HU	
3-9-20	Yanibe U.	aux far	Farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	HU	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F/GAA/003 Versión 1 abr-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			
27-08-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	Daniela		
27-08-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	Daniela		
28-08-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	Daniela		
28-08-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	Daniela		
31-08-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	Daniela		
31-08-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	Daniela		
1-09-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	Daniela		
1-09-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	Daniela		
2-09-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	Daniela		
2-09-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	Daniela		
3-09-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	Daniela		
3-09-20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	Daniela		

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGSAA003 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 antiparasitarios o soterminolín	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondivaga	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
28/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/09/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/09/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	Melina Pupo Huan	Medico General	Consultorio	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGSAA003 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 antiparasitarios o soterminolín	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondivaga	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
28/08/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/08/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/08/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/09/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/09/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/09/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/09/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/09/2020	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910333
VIGILADO



6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGMA003
											Versión: 2
											may-20 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
3/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGMA003
											Versión: 2
											may-20 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
1/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0180001910303
 Línea de Atención al Cliente: 0180001910303
VIGILADO



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1
--	--	--

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otinología	Fatiga y Adrenia			
28/08/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1
--	--	--

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otinología	Fatiga y Adrenia			
2020-09-03	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-09-02	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-02	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-02	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-02	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-02	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-02	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-02	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-09-01	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-01	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-01	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-01	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-01	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-01	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-09-01	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-08-31	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-31	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-31	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-31	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-31	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-31	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA/003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)								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	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-08-28	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Handwritten signatures]</i>
2020-08-28	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-28	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-28	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-28	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-28	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	

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												
											FIGAA/003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)								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	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
3/04/20	Duvan Villegas	Analista Factu	Admin	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan Villegas
3/04/20	Xiomara Olaya	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Xiomara Olaya
3/04/20	Edgar Garcia	Regente Farm	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Edgar Garcia
3/04/20	Daniela Carreón	Aux admin	Admin	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Carreón
3/09/20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Barbosa
3/09/20	Yuli Beltrán	Aux admin	Admin	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli Beltrán
3/09/20	Adriana Rey	Trabajadora sur	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
3/09/20	Luz Sandoz	Higienista	Asistencial	NO	SI	36,4	NO	NO	NO	SI	NO	Luz Sandoz
3/09/20	Aracelis Barrera	Aux odontología	Asistencial	NO	SI	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Aracelis Barrera
3/09/20	Leidy Ojeda	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Ojeda
3/09/20	Yarisa Gonzalez	Aplicadora	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Yarisa Gonzalez
3/09/20	Jaddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Jaddy Torres
3/09/20	Leidy Velazquez	medica general	Asistencial	NO	SI	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	Leidy Velazquez
3/09/20	Yamile Sabogal	medica general	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Sabogal
3/09/20	Bias Barrera	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	Bias Barrera
3/09/20	Johana Urrego	Ambiente Fisica	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Urrego
3/09/20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Ruby Ruiz
3/09/20	Ingrid Cardenas	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrid Cardenas
3/09/20	Ivan Purates	medica general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Ivan Purates
3/09/20	Luz Ramirez	Ambiente fisica	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez

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



FORMA 10 DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está usando mascarilla anti-virus o equivalente	Ha usado guantes nitrilo o mayor a 30°C	Temperatura	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fiebre y Adenopatía	Trabaja en esta unidad	Firma del Encargado
03/09/10	Katherine Chingate	Aux Admin	Admin	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine
03/09/10	Luis Acosta	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Acosta
03/09/10	Diego Acosta	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diego B.
03/09/10	Paola Tulibila	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	SI	NO	SI	NO	NO	Paola
03/09/10	Aurora Pica	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Aurora P.
03/09/10	Dorwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Dorwin
03/09/10	Tuly Rojas	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	Tuly
03/09/10	Jovana Cordoba	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana
03/09/10	Karina Arango	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Karina
03/09/10	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
03/09/10	Vanessa Parada	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa
03/09/10	Erika Hernandez	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
03/09/10	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jose
03/09/10	Patricia Ureaga	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
03/09/10	Jenny Gutierrez	Aux Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
03/09/10	Ruth Baquero	Jefe enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth
03/09/10	Paola Galindo	Enfermera BP	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Paola
03/09/10	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.3	SI	NO	NO	NO	NO	Liliana
03/09/10	Jandra Pinalosa	Prof calidos	Admin	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jandra
03/09/10	Soledad Linares	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad
03/09/10	Diana Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
03/09/10	Karen Melo	Jefe Admin y TI	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
03/09/10	Sebastian Falla	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian

FORMA 10 DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está usando mascarilla anti-virus o equivalente	Ha usado guantes nitrilo o mayor a 30°C	Temperatura	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fiebre y Adenopatía	Trabaja en esta unidad	Firma del Encargado
02/09/10	Mely Romero	Aux Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Mely
02/09/10	Katherine Chingate	Aux Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine
02/09/10	Alexandra Pina	Aux Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
02/09/10	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.3	SI	NO	NO	NO	NO	Liliana
02/09/10	Jandra Pinalosa	Calidos	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jandra
02/09/10	Alicia Jarama	STT	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Alicia
02/09/10	Karen Melo	Coordinadora TI	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
02/09/10	Diana Duarte	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02/09/10	Sebastian Falla	Aux Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
02/09/10	Fabi Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fabi
02/09/10	Diana Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02/09/10	Carolina Caban	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
02/09/10	Jessica Cimon	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica
02/09/10	Juan Camilo F.	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	Juan
02/09/10	Yamile Sandoval	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile
02/09/10	Lady Velazquez	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Lady
02/09/10	Alejo Barrera	Aux Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Alejo
02/09/10	Lady Ciccia	Odentologa	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Lady
02/09/10	Johana Urrego	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
02/09/10	Luz Cary Ramirez	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
03/09/10	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel
03/09/10	Anaie Maciano	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Anaie
03/09/10	Wilder Novoa	Recepte Farm	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 0800091030

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Hábitos de consumo de medicamentos antibióticos o antimoniales	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nueva zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adremitis	Trabaja en otro estado	Firma del Funcionario
02-09-20	Johana Cardenas	Aux. Farmacia	Asistencia	SI	NO	36	NO	NO	SI	NO	NO	Johana Cardenas
02-09-20	Wilder Novoa	Regente	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder Novoa
02-09-20	Gabriel Babilon	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel Babilon
02-09-20	Edgar Garcia	Regente	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Edgar Garcia
02-09-20	Ange Machado	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ange Machado
02-09-20	Ange Carro	Aux. SIAU	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Ange Carro
02-09-20	Jose Adelmo	Psicología	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Adelmo
02-09-20	Erika Hernandez	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Erika Hernandez
02-09-20	Yonessa Troch	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Yonessa Troch
02-09-20	Xiomara Olaver	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Xiomara Olaver
02-09-20	Alvia Roa	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alvia Roa
02-09-20	Guli Beltian	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Guli Beltian
02-09-20	Laura Gomez	N. General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Gomez
02-09-20	Julio Rojas	N. General	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Julio Rojas
02-09-20	Paola Guillen	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.8	SI	NO	NO	NO	NO	Paola Guillen
02-09-20	Jovana Gredon	N. General	Asistencia	NO	SI	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana Gredon
02-09-20	Simra Arana	N. General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Simra Arana
02-09-20	Cecilia Guerrero	N. Familia	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Cecilia Guerrero
02-09-20	Olaya Amaris	Coordinadora	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Olaya Amaris
02-09-20	Diego Barrera	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Barrera
02-09-20	Jenni Ortiz	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jenni Ortiz
02-09-20	Marcela Acuña	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Acuña
02-09-20	Ruth Baquero	Jefe Enfermería	Asistencia	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Baquero

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Hábitos de consumo de medicamentos antibióticos o antimoniales	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nueva zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adremitis	Trabaja en otro estado	Firma del Funcionario
1-09-20	Sebastian Falca	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falca
1-09-20	Duvan Velazquez	Facturación	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan Velazquez
1-09-20	Karen Melo	Jefe Admin. y TI	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo
1-09-20	Jessica Cañon	Asis. Admin.	Admin.	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Cañon
1-09-20	Benny Gutierrez	Aux. enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Benny Gutierrez
1-09-20	Marcela Acuña	Aux. enferme	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Acuña
1-09-20	Ruth Baquero	Jefe de enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Baquero
1-09-20	Liliana Chacon	Bacteriología	Asistencia	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon
1-09-20	Carolina Barbosa	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Barbosa
1-09-20	Eduardo Roa	Medico internista	Asistencia	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo Roa
1-09-20	Camila Gomez	odontología	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Camila Gomez
1-09-20	Ivan Puentes	Medico general	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Ivan Puentes
1-09-20	Leidy Velasquez	Medico general	Asistencia	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Velasquez
1-09-20	Jovana Urreya	Ambiente físico	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana Urreya
1-09-20	Luz Ramirez	Ambiente físico	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez
1-09-20	Ruby Ruiz	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ruby Ruiz
2-09-20	Luis Acosta	Guarda de Seguridad	Asistencia	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Acosta

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva de Bioseguridad y Control de Alimentos
 Línea Correo Nacional: 0800010303

VIGILADO



Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FORMASO													
Versión 2													
01/09/20													
1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Unidad de Salud y/o Atención (en caso de ser un trabajador de apoyo)									
				Está consumiendo medicamentos antibacterianos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del Trabajador	
1-09-20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1-09-20	July Rojas	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1-09-20	Johana Cardoba	Medica general	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Darwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1-09-20	Karina Arango	Medica general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Lorena Estaba	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Marcela Morales	prof odontologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Flor Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Patricia Camargo	Asistente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Vanessa Parado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Erica Hernandez	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Kismara Olaya	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Jaddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Sandra Pinillosa	Prof Calidad	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Olga Linares	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Miguel Reina	Ing tecnico	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Diany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FORMASO													
Versión 2													
01/09/20													
1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Unidad de Salud y/o Atención (en caso de ser un trabajador de apoyo)									
				Está consumiendo medicamentos antibacterianos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del Trabajador	
01-09-20	Juan Puentes	Medicos	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-09-20	Ledy Velazq	Medicos	Asisten	NO	SI	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
01-09-20	Jamile Selga	Medico	Asisten	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1-09-20	Luis Acosta	Guarda	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Gabriel Bastiana	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Ingrid Cardenas	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Edgar Garcia	Regente farma	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Daniela Carrion	Aux admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Wilder Novoa	Regente farma	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Mery Romero	Aux laborator	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Nelsona Pardo	Aux laborator	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Katherin Chiquete	Aux admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Paola Tubillo	Aux admin	Admin	NO	NO	36.7	SI	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Xuli Betton	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Auro Red.	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-09-20	Diego Bocanegra	Aux admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0800091030

VIGILADO



6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar y reportar a (Poner contra X) (Si no aplica que poner N)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Tiene síntomas de enfermedad o lesiones?	¿Ha usado correctamente el equipo de protección personal?	Temperatura corporal o mayor a 38°C	Tos	Urticaria/Resaca	Odemato	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en un ambiente?	Firma del funcionario
2020-08-28	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-28	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-28	IMINA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-28	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-28	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-28	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-28	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-31	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-31	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-31	IMINA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-31	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-31	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-31	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-31	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-01	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-01	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-01	IMINA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	37,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-01	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-01	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-01	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-01	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-02	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-02	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-02	IMINA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-02	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

2020-09-02	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-02	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-02	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-03	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	IMINA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	37,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-03	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-03	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-03	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

Jersalud											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 epidemiología (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		
25-08-20	Leidy Pabón	Regente Farmacia		NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Pabón
26-08-20	Leidy Pabón	Regente Farmacia		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Pabón
27-08-20	Leidy Pabón	Regente Farmacia		NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Pabón
28-08-20	Leidy Novales	Regente Farmacia		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Novales
29-08-20	Leidy Novales	Regente Farmacia		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Novales
31-08-20	Leidy Novales	Regente Farmacia		SI	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Novales
01-09-20	Leidy Novales	Regente Farmacia		SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Novales
02-09-20	Leidy Novales	Regente Farmacia		SI	NO	35.9	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Leidy Novales
03-09-20	Leidy Novales	Regente Farmacia		SI	NO	36.00	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	Leidy Novales

Jersalud											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 epidemiología (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		
20-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
21-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
24-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
25-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
26-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
27-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
28-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
29-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
30-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
31-08-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
01-09-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
02-09-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas
03-09-20	Liliana Rojas	A. Enf		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Rojas

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332



Jersalud

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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorotagaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del Funcionario
25-08-20	Gloria Bandy	A Fico	S. General	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
26-08-20	Gloria Bandy	A Fico	S. General	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
27-08-20	Gloria Bandy	A Fico	S. General	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
28-08-20	Gloria Bermudez	A Fico	S. Generales	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
29-08-20	Gloria Bermudez	A Fico	S. Generales	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
31-08-20	Gloria Bermudez	A Fico	S. Generales	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
01-09-20	Gloria Bermudez	A Fico	S. Generales	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
02-09-20	Gloria Bermudez	A Fico	S. Generales	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
03-09-20	Gloria Bermudez	A Fico	S. Generales	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez

Jersalud

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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorotagaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del Funcionario
20-08-20	Sandra P	Enf.	PYP	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
21-08-20	Sandra P	Enf.	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
24-08-20	Sandra P	Enf.	PYP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
25-08-20	Sandra P	Enf.	PYP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
26-08-20	Sandra P	Enf.	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
27-08-20	Sandra P	Enf.	PYP	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P
28-08-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Patiño
29-08-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Patiño
29-08-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Patiño
31-08-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	SI	NO	36.1	NO	NO	SI	NO	NO	Sandra Patiño
01-09-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	SI	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	Sandra Patiño
02-09-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	SI	NO	36.3	NO	NO	SI	NO	NO	Sandra Patiño
03-09-20	Sandra Patiño	Enf.	PYP	SI	NO	36.4	NO	NO	SI	NO	NO	Sandra Patiño

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: atenciones@ins.gob.pe
 Línea Correo Nacional: 01800091033

VIGILADO



6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Ausente
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otinofaringo	Fatiga y Adinamia			
31/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/8/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/8/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/8/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra C.
31/8/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	GREICY Z.
31/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
31/8/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez
31/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia
1/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
1/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/9/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra C.
1/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
1/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez
1/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia
2/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

2/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/9/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra C.
2/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
2/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez
2/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia
3/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
3/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
3/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/9/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra C.
3/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
3/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez
3/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia
3/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 0180001910333
VIGILADO



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												
												Ingreso
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra ciudad?	Fecha de ingreso
04 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	SI	Vangust
04 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
04 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
04 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
04 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	
04 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
04 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Diana Luna	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Luna

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												Egreso
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra ciudad?	Fecha de ingreso
SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI	Vangust
SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
SEP	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	
S	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
SEP	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
SEP	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
SEP	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

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



Entrador

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Indicador de ingreso: sintomatología o aislamiento	estrucho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibra igual o mayor a 38°C	Tos	Disnea/Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	Trabajo en otra entidad?	Firma del funcionario
03-SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-SEP	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	[Firma]
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									[Firma]
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
	Sandra Izquierdo	Odonotologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Carlos Valencia	Odonotologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-SEP	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	[Firma]
03-SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	39.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Salida

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Indicador de ingreso: sintomatología o aislamiento	estrucho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibra igual o mayor a 38°C	Tos	Disnea/Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	Trabajo en otra entidad?	Firma del funcionario
03-SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03-SEP	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	[Firma]
03-SEP	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									[Firma]
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
03-SEP	Sandra Izquierdo	Odonotologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Carlos Valencia	Odonotologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Angela lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
03-SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	[Firma]
03-SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190383
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190383
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAN03 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar el sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Si se consumieron medicamentos esteroideos o acetaminofén	Si ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
02-09	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-09	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-09	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-09	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
02-09	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
02-09	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-09	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-09	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
02-09	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vivian Suarez
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
02-09	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-09	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	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 Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
02-SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar el sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Si se consumieron medicamentos esteroideos o acetaminofén	Si ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
02-SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
02-SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
02-SEP	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
02-SEP	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vivian Suarez
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
02-SEP	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Martha Cordoba	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
02-SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
02-SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910300
VIGILADO



=H9150

Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Se cumplió con los procedimientos de bioseguridad o vacunación	Se cumplió con el uso de EPP con capacidad por nuevos coronavirus	Temperatura corporal T_{36}	Tos	Edema de las manos	Diarrea	Fiebre y Adenopatía	Tratamiento en curso	Alto de aislamiento
31-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial											
	Karen Lizeth Sofano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo											
31-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Vivlan Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial											
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
31-08-20	Dooly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
31-08-20	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial											
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Jenny Johana Blincon Nocua	Auxiliar Administrativo	Administrativo											
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo											
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial											
31-08-20	Alexandra Vargos	Aux. Farmacia		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Carlos Valeriano	Aux. Farmacia		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Angela Lopez	Aux. Farmacia		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Adriana Cuevas	Aux. Farmacia		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Martha Cordera	Aux. Farmacia		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

Sielida

Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Se cumplió con los procedimientos de bioseguridad o vacunación	Se cumplió con el uso de EPP con capacidad por nuevos coronavirus	Temperatura corporal T_{36}	Tos	Edema de las manos	Diarrea	Fiebre y Adenopatía	Tratamiento en curso	Alto de aislamiento
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial											
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo											
31-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial											
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Karen Lizeth Sofano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo											
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial											
	Vivlan Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial											
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
31-08-20	Dooly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial											
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial											
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial											
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial											
	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo											
	Jenny Johana Blincon Nocua	Auxiliar Administrativo	Administrativo											
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo											
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial											
31-08-20	Carlos Valeriano	Aux. Farmacia		NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Martha Cordera	Aux. Farmacia		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAAR03 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en alta epidemia?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adormilamiento		
Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	JCB
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial									
Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAAR03 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en alta epidemia?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adormilamiento		
Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	JCB
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial									
Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	JCB
Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	JCB
Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

REPORTE SINTOMAS COVID-19 PLATAFORMA ALISTA											
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	03/09/2020 13:53:44	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 13:45:41	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 13:43:58	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 13:18:48	CC	43920473	ROJAS	GÓMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 13:06:42	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 12:42:57	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 12:39:25	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 12:20:40	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 12:01:04	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 11:05:28	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 11:04:29	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 11:04:13	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 11:03:01	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 10:58:19	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	03/09/2020 10:50:04	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 10:37:51	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 10:34:56	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 09:27:02	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 09:18:29	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 09:10:38	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 09:05:43	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 09:03:24	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTAS EPS-S	JERSALUD SAS	03/09/2020 09:02:33	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:50:29	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:44:58	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:40:51	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:18:41	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:18:21	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:15:21	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com



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



COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:15:15	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:13:15	CC	50916656	CACERES	ÑUSTEZ	CARMEN	CECILIA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:05:40	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 08:01:42	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:51:59	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:41:45	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:41:11	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:26:19	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:23:02	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:22:49	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:20:34	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:19:54	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:18:32	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:16:17	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:15:52	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:13:23	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:11:52	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:10:44	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:10:37	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:09:07	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:05:06	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:04:43	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/09/2020 07:01:31	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	03/09/2020 06:56:31	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/09/2020 06:48:02	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 23:02:22	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 20:43:03	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/09/2020 20:32:35	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 20:02:36	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/09/2020 18:56:28	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 18:29:46	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 18:09:57	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 17:55:45	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 17:54:10	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 16:51:45	CC	50916656	CACERES	ÑUSTEZ	CARMEN	CECILIA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 15:43:48	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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

COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 15:10:04	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 14:46:19	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/09/2020 14:31:52	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 14:16:39	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 14:06:54	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 13:39:45	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 13:27:04	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 13:17:54	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 13:02:35	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 12:40:44	CC	23522660	MARTINEZ	COMBITA	MILDER	ASTRID	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 12:25:21	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 11:23:52	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 10:36:18	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 10:33:10	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 10:17:37	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/09/2020 10:15:17	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 10:01:41	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:56:37	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:55:38	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:53:29	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:52:42	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:50:08	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:38:07	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:33:50	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:32:43	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:20:53	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:17:14	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:07:05	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:02:48	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:02:01	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/09/2020 09:01:34	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 08:42:03	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 08:34:34	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO



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

MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 08:24:29	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 08:15:36	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 08:08:13	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 08:01:26	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:55:04	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:48:33	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:44:39	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:44:31	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:39:47	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:32:45	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:30:57	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:29:03	CC	40250253	LOPEZ	TREIJS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:28:35	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:25:26	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:21:48	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:16:02	CC	1049795603	VELASQUEZ	HERNANDEZ	YANIBE	DEL ROSARIO	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:14:50	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:12:03	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:11:55	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:03:34	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:02:08	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/09/2020 07:00:01	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	02/09/2020 06:49:37	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/09/2020 20:41:55	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 20:40:33	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 18:16:39	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	01/09/2020 17:43:01	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 17:42:47	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 17:33:20	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 17:05:52	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 16:49:55	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 16:46:05	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 16:16:20	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 15:17:05	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/09/2020 15:16:03	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 14:42:58	CC	43920473	ROJAS	GÓMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO



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



COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/09/2020 14:29:15	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/09/2020 14:26:03	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 14:16:01	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 14:06:41	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 13:55:20	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 13:49:13	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/09/2020 13:30:19	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 13:20:36	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 13:02:26	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 12:58:12	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 11:54:19	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:43:52	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:42:31	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:41:35	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:32:00	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:17:05	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:15:27	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 10:05:31	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 09:12:19	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/09/2020 09:01:57	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 08:47:19	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 08:22:23	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 08:15:34	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 08:03:25	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:52:52	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:51:02	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:48:12	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:42:17	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:35:58	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:29:31	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:24:55	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:24:54	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:22:25	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

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



COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:20:01	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:19:29	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:18:38	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:14:25	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:13:47	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:13:17	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:09:38	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:09:37	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:05:08	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:02:01	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:01:50	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/09/2020 07:00:50	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/09/2020 06:48:29	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/09/2020 06:39:25	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/09/2020 06:25:17	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 22:46:19	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 19:29:30	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 19:12:55	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 19:02:03	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 18:27:11	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/08/2020 18:25:50	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 18:23:45	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 18:20:29	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/08/2020 17:54:39	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/08/2020 17:53:15	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 17:38:02	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/08/2020 17:12:13	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 16:26:46	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 16:20:22	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/08/2020 16:05:59	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 15:46:47	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 15:31:25	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 15:13:47	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 14:07:41	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 13:22:22	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 13:06:50	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	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"



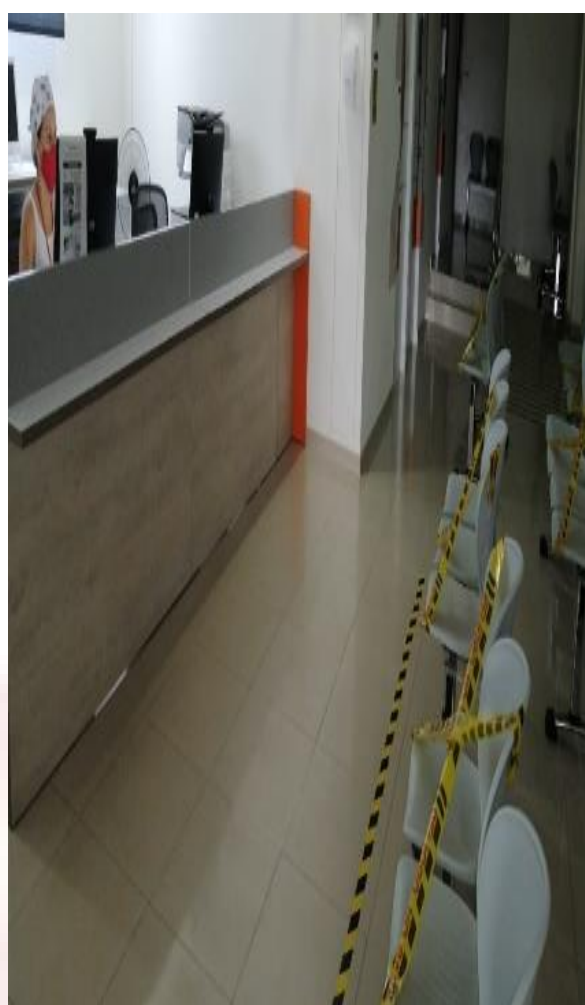
F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Septiembre**

FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 13:05:51	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 12:45:54	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
ECOPOSOS	JERSALUD SAS	31/08/2020 12:42:40	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 10:39:50	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 10:17:25	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	31/08/2020 10:08:38	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/08/2020 09:37:52	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 09:32:59	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 09:24:00	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 09:02:51	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:59:26	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:59:01	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:50:10	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:40:05	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:31:35	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:28:04	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:27:47	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:27:28	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:19:44	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:07:11	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:06:53	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 08:05:25	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:53:23	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:48:37	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:44:17	CC	1049795603	VELASQUEZ	HERNANDEZ	YANIBE	DEL ROSARIO	BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:42:23	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:36:38	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:35:16	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:32:56	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:29:55	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:25:42	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:24:42	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:21:32	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:21:14	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:19:22	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:15:06	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:14:21	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:13:43	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:12:44	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:07:29	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:04:37	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:03:50	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/08/2020 07:00:14	CC	1090495225	VARGAS	PALACIOS	MARIA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/08/2020 06:47:42	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/08/2020 06:44:38	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad





7. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN**7.1 Inventario EPP****7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	580	40		540	29	2		27
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	8			8	350	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	1700	100		1600	630	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

TUNJA



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	770	50	500	1220	8		10	18
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	9			9	150	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	100	50	700	750	100	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20		20	40		6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	119	30	300	389	15		5	20



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	9			9	20	40		-20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	0	100	500	400	130	30	200	300
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	6			6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	80	50	300	330	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	80	20		60

CHIQUINQUIRÁ



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	500	50	400	850	120	10	50	160

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	3			3

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	70	10		60	10		8	18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	80	10		70

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	50	200	250	20	10	30	40

MONQUIRÁ



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	70	10		60	10			10

GARAGOA

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	80	10		70

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	50	300	350	20	10	40	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS

www.jersalud.com



	JERSALUD SAS	20			20	2		2
--	--------------	----	--	--	----	---	--	---

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	70	10	300	360	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	90	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	100	50		50	20	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE	INSTITUCIÓN	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			



ORDEN	PRESTADORA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	70	10	150	210	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	80	10	100	170
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	50	300	350	40	10	20	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2600	1600		1000	53	23		30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE	INSTITUCIÓN	GAFAS				GORROS			



ORDEN	PRESTADORA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	23			23	2500	300	400	2600
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	1300			1300	2400	1200		1200
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	20	20	100	45			45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	2050	130	0	1900	16	3	0	16
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS



		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	18	1	0	17	580	100	0	500

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	94	16	0	90	265	8	0	255

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	5	0	0	5	5	0	0	5

7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	4 CAJAS	4 CAJAS	12	0	10	22

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	100	0	100	200



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	28	1	6	33	20	6	50	60

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0	0	1

7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	6 CAJAS	1	0	5 CAJAS	13 UNIDAD	0 UNIDAD	0	13 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	0	0	0	0	8 UNIDAD	8 UNIDAD	0	0

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 4 CAJAS TALLA S	0	0	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 4 CAJAS TALLA S	50 UNIDAD	5 UNIDAD	0	45 UNIDADES

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	3	0	3	3	3	0	3	3

7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 03 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto Lopez	100	16	84	84	8	0	8	8

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	180	16	164	164

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
3	Jersalud S.A.S pto Lopez	8	1	8	8	16	6	10	10

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	0	0	0	0

7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitan	200	12	188	188	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
2	Jersalud S.A.S pto gaitan	3	0	3	3	100	12	88	88

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	Jersalud S.A.S pto Gaitan	7	0	7	7	20	6	14	14

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0	0	0

7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	112	68	0	44	10	6	0	4

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	0	0	1	100	1	0	83

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	JERSALUD SAS – YOPAL	7 CAJAS	9 CAJAS	0	7 CAJAS	106	9	0	97

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5	0	1

7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

Fecha Impresión: viernes, 14 de agosto de 2020 13:37

Página 3/1

FARMAQUIRUGICOS JM S.A.S
NIT: 900433437

ORDEN DE TRASLADO 0000000393

Datos Generales									
Almacén Origen:		0002 - BOG FQX - ALMACEN INVENTARIO BOGOTA				Fecha: 14/08/2020			
Almacén Destino:		0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL				T. Orden: Traslado			
Nombre Tercero:						Estado: Confirmado			
Cód. Prod	Nombre Producto	Forma Farmaceutica	Lote	U. Medida	C. Despachar	Vr. Unitario	Vr. Total		
300109820	BATA DESECHABLE MANGA LARGA			UNIDAD	500	\$ 7.200	\$ 3.600.000		
300107910	MASCARILLA N95 NITTA SERIE 0610			UNIDAD	50	\$ 10.897	\$ 544.850		
						Total Orden De Traslado : \$ 4.144.850			

Detalle: TRASLADO POR SOLICITUD ANALISTA MANUEL GONZALEZ


 Almacén


 Recibi



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
 VIGILADO

Usuario Creación: 1023861823 - JEIMI LILIANA GUATIBONZA TORRES-FQ

Usuario Impresión: 1023861823 - JEIMI GUATIBONZA


www.jersalud.com



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



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

		Cotización No. C-1-463				
SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS NIT 901.222.681-7 Calle 9 No. 14-68 Tel: 8748246 Neiva - Colombia		Para Nit Fecha	JERSALUD SAS 900.622.551-0 2020-08-29			
Elaborado por Sigo S.A S Ntr. 830.046.145-05-4						
Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	150.00	6,950.00	1,042,500.00
2	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUAANTE BIOLIFFE	Ver	60.00	1,950.00	139,230.00
3	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	Ver	120.00	450.00	54,000.00
4	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	6.00	28,000.00	168,000.00
5	158622	RECOLECTOR GUARDIAN 2.8 LTS ESTRA	Ver	10.00	10,500.00	105,000.00
6	176759	RECOLECTOR GUARDIAN 1.3 LTS ESTRA	Ver	2.00	8,500.00	17,000.00
7	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	14.00	45,000.00	630,000.00
8	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	7.00	18,000.00	126,000.00
9	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	6.00	29,500.00	177,000.00
10	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	Ver	2.00	7,000.00	14,000.00
11	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	4.00	2,900.00	11,600.00
12	LU-ES	TUBO ESPARADRAPO LEUKOPLAST SURTIDO X5	Ver	2.00	52,000.00	104,000.00
13	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	4.00	29,500.00	118,000.00
14	EQ0642439	MICROPORE PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	24.00	5,200.00	124,800.00
15	DISC-1808002	ALGODON EN TORUNDAS LIBRA MK	Ver	3.00	12,500.00	37,500.00
16	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	Ver	24.00	1,900.00	45,600.00
17	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	5.00	2,200.00	11,000.00
18	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	2.00	4,200.00	8,400.00
19	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	Ver	1.00	12,800.00	15,232.00
20	QDJ60	QUIRUCIDAL JABON X 60 CC	Ver	3.00	8,500.00	25,500.00
21	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00
22	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	2.00	28,500.00	57,000.00
23	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	200.00	116.00	23,200.00
24	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 90X2 UNIDAD	Ver	30.00	5,700.00	171,000.00
25	CONSAB	SABANAS SENCILLA resortada IR UNIDAD	Ver	20.00	5,700.00	114,000.00
26	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	Ver	5.00	62,000.00	310,000.00
Total Bruto					3,629,700.00	
Subtotal					3,629,700.00	
IVA 19%					24,662.00	
Total a Pagar					3,654,362.00	
Gerente General sumfamedic@hotmail.com 8748246						





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

Cotización
No. C-1-462

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-29

Elaborado por Siglo S.A.S NIT 830.048.144-84-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	Ver	10.00	950.00	9,500.00
2	EQ-II351AK	BAJALENGUA ALGRANEL X 500 KENNEDY	Ver	1.00	28,151.27	33,500.01
3	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	1.00	29,500.00	29,500.00
4	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	29,500.00	885,000.00
5	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	28,500.00	285,000.00
6	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	Ver	150.00	1,450.00	217,500.00
7	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	200.00	270.00	54,000.00
8	DATAPA	TAPABOCA EMPAQUE INDIVIDUAL-UNIDAD	Ver	40.00	1,800.00	72,000.00
9	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	50.00	18,000.00	900,000.00
10	EQ-VASE	VASELINA PURA X 500 GR	Ver	2.00	14,285.72	34,000.01
11	4251300	CATETER N° G-24X 3/4 INTROCAM	Ver	10.00	1,800.00	18,000.00
12	4251318	CATETER N° G-22X 1 INTROCAM	Ver	10.00	1,800.00	18,000.00
13	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	30.00	1,900.00	57,000.00
14	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	2.00	4,800.00	9,600.00
15	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	820.00	82,000.00
16	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	Ver	2.00	15,500.00	36,890.00
17	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	10.00	5,100.00	51,000.00
18	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	Ver	5.00	4,800.00	24,000.00
19	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	Ver	5.00	18,000.00	90,000.00
20	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA LARGA	Ver	100.00	18,500.00	1,850,000.00
21	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	Ver	20.00	9,500.00	190,000.00
22	34841	GEL ANTIBACTERIAL BIDON	Ver	1.00	232,000.00	232,000.00
23	184	JABON LIQUIDO X BIDON	Ver	1.00	89,000.00	89,000.00
24	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	Ver	1.00	13,500.00	13,500.00
25	021230	JABON DE MANOS X 500 ML	Ver	1.00	12,500.00	12,500.00

Total Bruto 5,276,822.71
Subtotal 5,276,822.71
IVA 19% 16,667.31
Total a Pagar 5,293,490.02

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Unidad Ejecutora - Neiva, Colombia
Código de Verificación: 01800010303

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:		8-Jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000
1	BAJALENGUAS	A	CAJA	ALMACEN	300101255	41	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
10	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLAS - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAM	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	300120157	30.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 75 CAJA	ALMACEN	300120147	800	FARMA	SUJETO A DISPONIBILIDAD
50	CATETER No 24 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101036	1.190	CMC	
50	CATETER No 22 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101035	1.190	CMC	
30	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO F	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
2000	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
1	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
100	NELATON No 08 SONDAS	A	PAQUETE X 80	ALMACEN	300101126	497	CMC	
200	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101080	194	CMC	CAJA X 100

FECHA DE SOLICITUD:		28-Jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
150	BATA QUIRURGICA DESECHABLE MANGA LARGA NO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300107909	7.200	TEMMOCOLOR	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$500.000
60	ESPEJULOS DESECHABLES	A	UNIDAD	ALMACEN	300101074	2.000	CMC	-
120	GASA PRECORTADA 75 CMS X 75 CMS SOBREV ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300105074	69	CMC	-
2	DIJAS REDONDAS	A	CAJA X 100	ALMACEN	300105715	3.500	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
2	GUARDIAN PEQUEÑO 15 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300102056	2.012	GUARDIANES Y RECOLE	
10	GUARDIAN 2.5 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLE	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE DEPÓSITO (800.000)
2	SABANAS	A	130X172	ALMACEN	300101298	4.590	CMC	MEDIDA 2.20 X 87
2	ESPALMADO TIPO HOSPITALARIO	A	TUBO SUJETO MS	ALMACEN	300101280	34.800	CMC	
2	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLAS - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
4	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAM	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
48	MICROPORE TRANSPARENTE DE 2 PULGADAS	A	CAJA X 12 UNIDADES	ALMACEN	300108381	8.138	CMC	
3	TORUNDAS X 500 gms PAQUETE	A	PAQUETE	ALMACEN	300121302	10.350	CMC	
3	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO FCO/500ML	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
200	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100
700	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
7	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	300102473	24.500	IMPAH	-
5	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
1	DISINFECTANTE SPRAY	A	UNIDAD	ALMACEN	300102633	11.453	CMC	-



28/8/2020

<https://www.soloaseo.com/swpedidos/verpedidoimp2.php?numpedido=330484>

	ACTA DE ENTREGA	
	VERSION	1
	VIGENCIA	May-17
	CODIGO	
		ADM-F-204

SUCURSAL: SMART - JERSALUD - YOPAL
 AREA QUE ENTREGA: SOLOASEO

UNIDAD FUNCIONAL: SMART - JERSALUD - YOPAL

Hoy, 28 Agosto, yo NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO 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 MARCA SOLOASEO GALON X 3.800 CC	
3	BLANQUEADOR MARCA SOLOASEO GALON X 3.800 CC	
2	DETERGENTE EN POLVO X 1000 GRS MARCA GOL	
2	ESCOBA ZULIANA SUAVE CON MANGO METALICO MARCA SOLOASEO	
2	JABON BARRA REY AZUL X 300 GR	
2	JABON PARA MANOS ANTIBACTERIAL GALON X 3.800 MARCA SOLOASEO	
3	MECHA TRAPERO COPA REF. 800 DE 450 GR MARCA SOLOASEO	
8	PAPEL HIGIENICO JUMBO ROLLO X 250 MTS HOJA DOBLE COLOR BLANCO MARCA SANI TISU	
12	TOALLA DE MANO NATURAL ROLLO X 180 M HOJA SENCILLA MARCA SANI TISU	
0	VARSOL GALON X 3.800 CC MARCA SOLOASEO	

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:

Sonia Martinez
 C.C. 51808719
 Nombre: SONIA PATRICIA MARTINEZ
 Cargo: EJECUTIVA DE CUENTA

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:

Nelson Espitia
 C.C. 47411478
 Nombre: Nelson Espitia
 Cargo: Jersalud S.A.S.
RECIBIDO
 NO IMPLICA ACEPTACION

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:

 C.C.
 Nombre:
 Cargo:

01-09-2020

Soloaseo
DEVOLVER
 FIRMADO Y SELLADO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

<https://www.soloaseo.com/swpedidos/verpedidoimp2.php?numpedido=330484>

1/1



EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

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

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

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

Respetados Señores:

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

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

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

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

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

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.
Bogotá: 336-7070 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



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

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Karen Melo
Ave 11/06/2020 9:51
Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>
GIPS21 (3).pdf
690 KB

Buenos días

Señora
DIANA DAZA
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la página 31:

30. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con pacientes de COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral se enfatiza que debe mantener las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si esta es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.

133 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de salud pública:

GRUPO POBLACIONAL	ORGANIZACIÓN	UBICACIÓN DEL CUESTO DE PRUEBA	ORGANIZACIÓN QUE CUBRE EL CUESTO
Policía y Fuerzas militares	Presidencia de la República	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Presidencia de la República	Presidencia de la República	Fondo Nacional de Salud de la RC	Fondo Nacional de Salud de la RC
Presidencia de la República	Presidencia de la República	Entidad territorial	Entidad territorial

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de Indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas

Gracias

Karen Emilia Melo
Jefe Administrativa y de Talento Humano
JERSALUD S.A.S
3132731800

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>
Vie 12/06/2020 11:41
Para: Karen Melo
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

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

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.

Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
Ejecutivo integral de servicios
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
Celular: 3222503336
diana.daza@positiva.gov.co

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg



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

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño
 Mié 08/07/2020 17:06
 Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo
 CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistentethyopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

Aura Cristina Londoño Dueñas
 Analista SST
 Sucursal Villavicencio
 Cel. 320 2775564
 Correo: analistasst.meta@jersalud.com



Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

Responder | Responder a todos | Reenviar

10. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA



ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



11. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <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 desecharlo de su sistema.

www.jersalud.com





Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodriguez Pérez



SC - CER432075

mipg

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccion-social@tunja.gov.co
📞 📧 🌐 📍 • www.tunja-boyaca.gov.co •



11.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

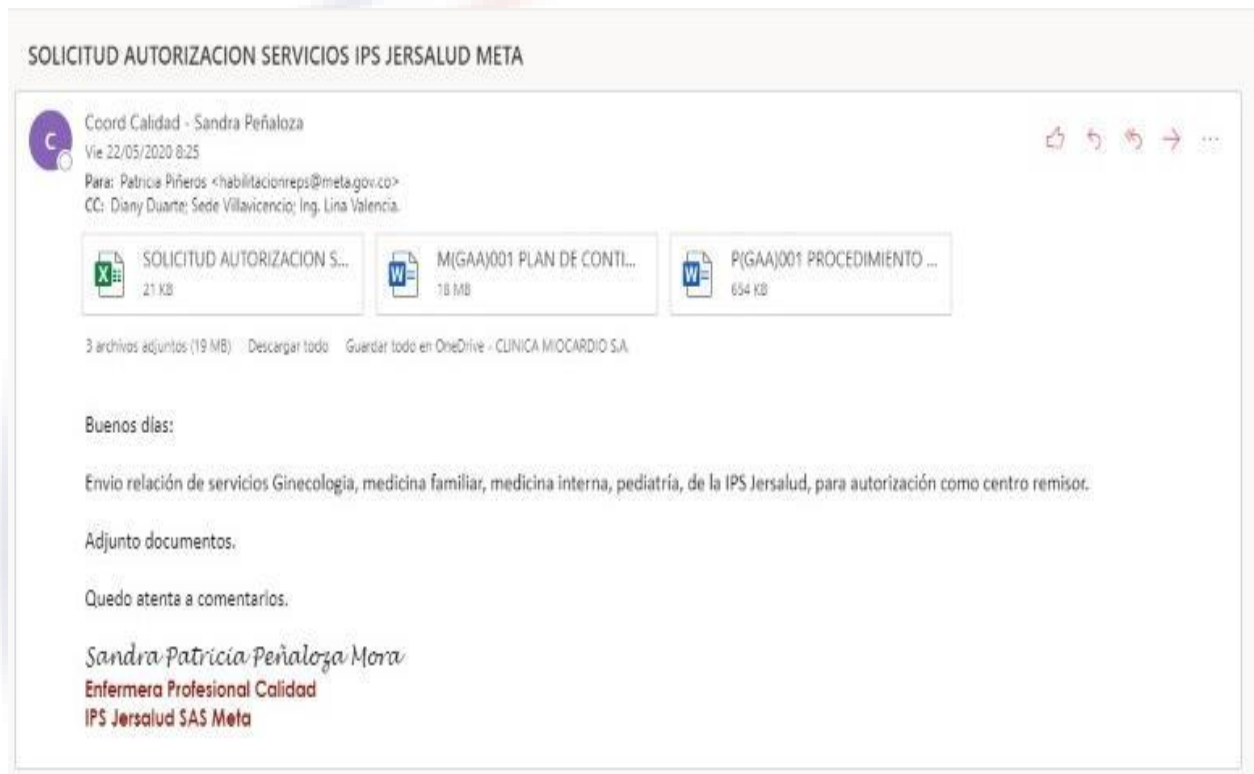
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

Sandra Patricia Peñaloza Mora
Enfermera Profesional Calidad
IPS Jersalud SAS Meta



11.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.


KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

▲ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com y 3 más
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB

 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB

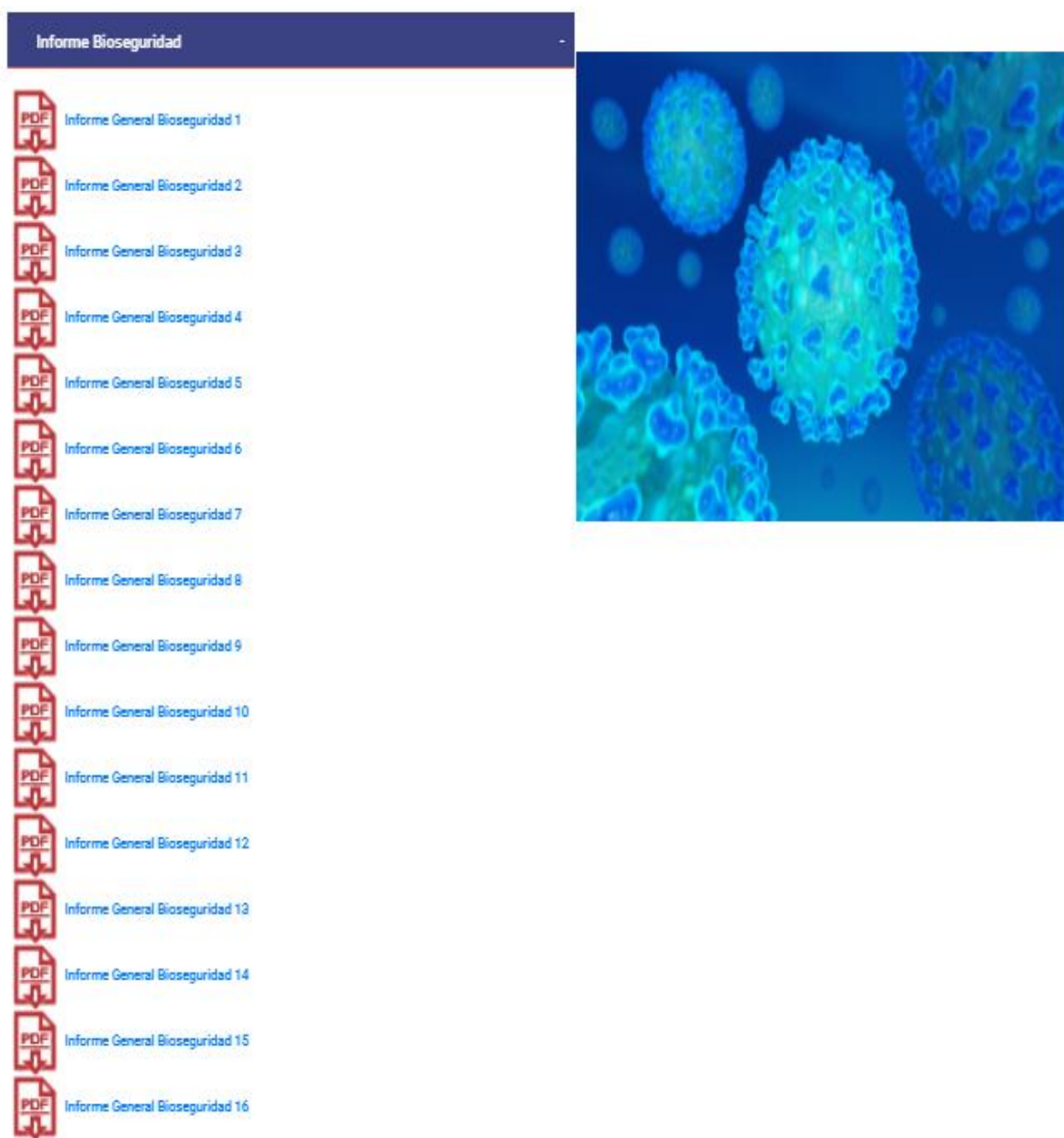


12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

12.1 Evidencia publicación en página Web



COPASST



The screenshot displays a web interface for 'Informe Bioseguridad'. On the left, there is a vertical list of 16 items, each consisting of a red PDF icon followed by the text 'Informe General Bioseguridad' and a number from 1 to 16. To the right of this list is a large, square image showing a microscopic view of several cells, likely bacteria or viruses, with a blue and green color scheme. The entire content is framed within a dark blue header bar at the top of the page.





-  [Acta General 005 Copasst](#)
-  [Acta 006 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 007 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 008 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 009 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 010 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 011 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 012 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 013 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 014 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 015 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 016 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 017 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 018 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 019 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 020 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 021 Extraordinaria Copasst](#)



<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

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

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

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

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

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

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

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

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf>



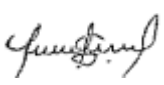

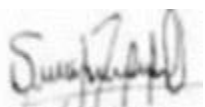


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>

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

www.jersalud.com



Aprobación

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	