

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 2 DE AGOSTO

**Del 10 al 14 de
Agosto 2020**

1. REUNION COPASST AGOSTO SEMANA 2 DEL 10 AL 14 DE AGOSTO DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 019 de Agosto 2020 Semana 2

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

ACTA N° 019 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	13	08	2020	09:00 A.M.	09:35A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910332



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

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

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR
<p>La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #018 de Agosto de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.</p>

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
Realizar Reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	30/08/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	0%	Se realiza programación para el día 18 de agosto de 2020

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud COVID-19	Asesor ARL Jefe administrativos y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	100%	Según lineamiento emitido por el Ministerio de trabajo en versión 8 es responsabilidad del empleador ARL no interviene para este tamizaje
Reunión analistas SST y coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realizará tamizaje COVID-19	Analistas SST Jefes administrativos y de talento humano	06/08/2020	Jersalud Nacional	Reunión aplicativo TEAMS	0%	
Estudio de la posibilidad de toma de pruebas PSR a personal de atención presencial	ARL Positiva	30/08/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	100%	Según lineamiento emitido por el Ministerio de trabajo en versión 8 es responsabilidad del empleador ARL no interviene para este tamizaje

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:



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI



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

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

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGUN CORRESPONDA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 2 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 2 Agosto 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)
3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 2 Agosto 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 2 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)



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

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 2 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 2 Agosto 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 2 Agosto 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copesat semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 019 Numeral 4.4



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

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 1 de Agosto en página web http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 2 Agosto 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
Gestión para tamizaje toma de muestra personal de salud COVID-19 por parte del empleador		Jefes administrativas y de talento humano	30/08/2020

4.5 Se acuerda con Asesor de ARL Positiva que se realizará reunión para ajuste Plan de trabajo año 2020 el día 18 de agosto de 2020 a las 08:30 a.m. en el cual asistirán jefes administrativos y de talento humano y Analistas SST de las tres regionales

4.7 Por parte de asesor ARL Positiva se realiza refuerzo en el tema de tamizaje para personal de salud atención presencial para COVID -19 y el reporte de casos por accidente laboral y enfermedad laboral por COVID-19. Se especifica que cuando hay contacto estrecho con caso confirmado Positivo de COVID-19 se debe reportar como Accidente laboral y para los casos positivos con prueba PSR Confirmada se debe reportar como enfermedad laboral y por parte de ARL se realiza seguimiento.

4.8 Para la solicitud de reclasificación en ARL debido a nueva actividad por servicio de farmacia y las actualizaciones en la cámara de comercio de la empresa se debe realizar envío



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

de cámara de comercio actualizada, RUT actualizado y copia de cedula de representante legal, el correo será enviado a asesor de ARL para que se realice el trámite pertinente.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Realizar reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	18/08/2020	Jersalud Nacional	Evidencia Reunión por TEAMS	
Reunión Analistas SST Y coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realiza tamizaje COVID-19	Analistas SST Jefes administrativas y de talento humano	30/08/2020	Jersalud nacional	Reunión aplicativo TEAMS	
Envío de solicitud a Asesor ARL Solicitud de reclasificación riesgo	Analista SST Boyacá	27/08/2020	Jersalud Boyacá	Correo de envío	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA


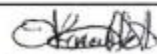

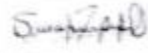
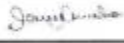
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



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

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




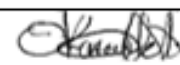


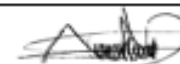
SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 019 de 2020					
FECHA: 13/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz Garcia	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

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



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA			F(GD)012 Versión: 1 oct-18 1 DE 1
SEDE:		JERSALUD NACIONAL			
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 019 de 2020					
FECHA: 13/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR EL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					


Página 1




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

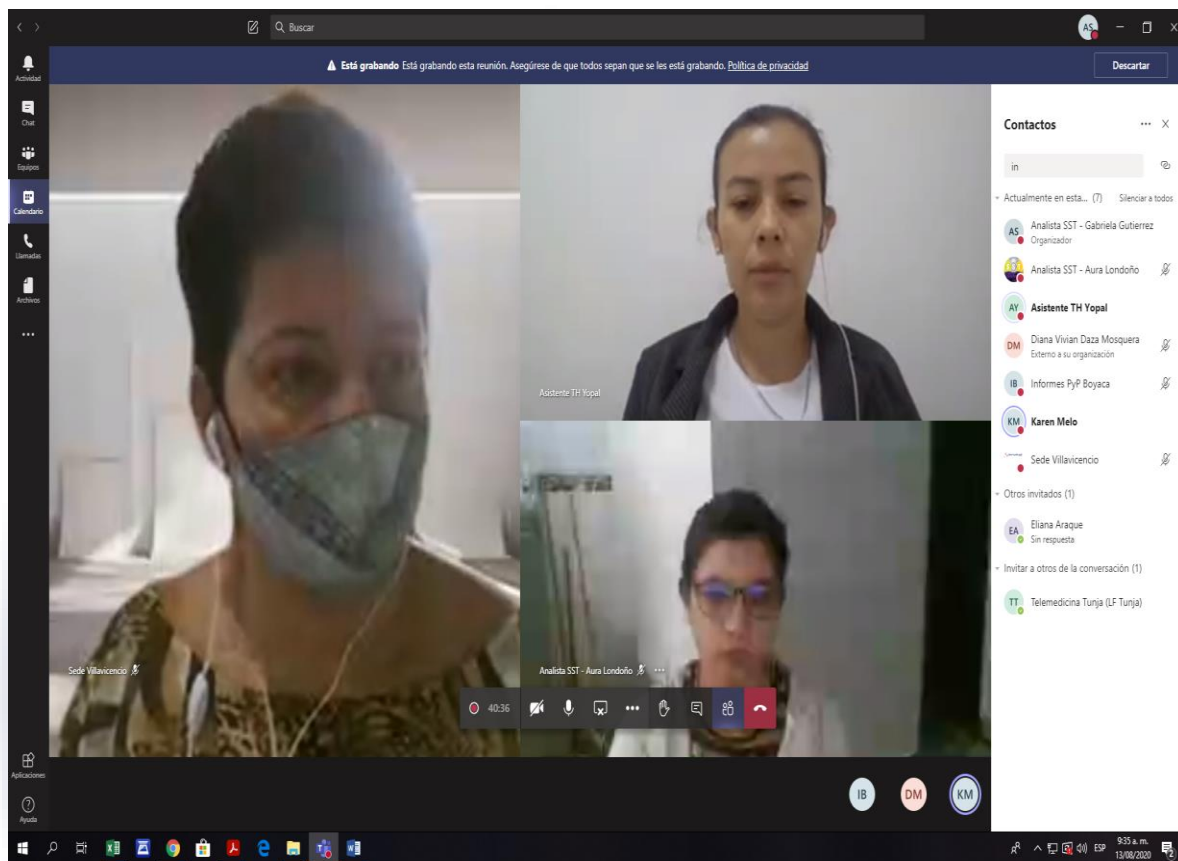
INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 019 de 2020			
FECHA: 13/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

BASE DE DATOS PERSONAL REGIONAL BOYACA								
No.	TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCAVEDO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO	
45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUIAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
54	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNIA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
61	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
62	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	INCAPACIDAD 5 DIAS DESDE 28/07/2020
65	CC	1049799152	NIYRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
66	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
67	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
68	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNIA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO EN CASA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILI VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
82	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
83	CC	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
84	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
85	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
86	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
87	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERIO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
88	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
89	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
90	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
91	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
92	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
93	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
95	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 3/08/2020
96	CC	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2020
97	CC	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	REGENTE FARMACIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2021
98	CC	74282816	VICTOR MANUEL CARRANZA RODRIGUEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2022
99	CC	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2023

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corralia Nacional: 018000191030

www.jersalud.com



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



100	CC	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2024
101	CC	63342876	MARIA CECILIA SEPULVEDA BENAVIDES	REGENTE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2025
102	CC	40030112	OLIVA LANCHEROS RAMIREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2026
103	CC	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2020
104	CC	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	REGENTE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2021
105	CC	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2022
106	CC	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	REGENTE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2023
107	CC	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2024
108	CC	1057579181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2025
109	CC	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2026
110	CC	1056800607	JOHANA VARGAS RODRIGUEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2027
111	CC	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2028
112	CC	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUXILIAR DE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2029

2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META					
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
6	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	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	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA - TELECONSULTA
11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121930221	YURLEY CAMACHO CORDERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**

23	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
24	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
25	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	INCAPACIDAD - AISLAMIENTO PREVENTIVO
30	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
39	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
40	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
41	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
43	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
44	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
45	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
46	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
47	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
48	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	1121888001	CRISTHIAN CAMILO HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
53	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
54	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
55	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
56	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
57	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
58	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
59	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
60	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
61	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
62	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**

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



98	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
99	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
100	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
101	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
102	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDONEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
103	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
104	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
105	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
106	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
107	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
108	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
109	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	

2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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



9	CC	9432965	Henry Dario Uva	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	1118533308	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO DESDE CASA POR AISLAMIENTO PREVENTIVO HASTA EL DIA 30 DE JULIO
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

3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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

Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

- Material trilaminar no transparente S.M.S.
- Permeabilidad al aire
- Alta resistencia a la tensión en ambas direcciones
- El tejido no se deshilacha ni despegura
- 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
- Anestésica



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



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada





FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

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


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

Copia Controlada



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
Life1095	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 ligamento polvados con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, máxima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeable, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, rebabas y aristas cortadas.
- ✓ Aséptico, hiperalérgico, atóxico.

CARACTERISTICAS

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

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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



NESTOR ANDRES DIAZ ESPINOSA
 NIT: 1049618303-1
 Dirección: avenida norte # 64-128
 Teléfono: 3133258281
 E-mail: gerencia@distriEpp.co
 Ciudad: Tunja
 Departamento: Boyacá

Factura Electrónica de Venta
No. DIST126
 FACTURAS ELECTRÓNICAS
 SIN RES No. 18764002848932
 Vigencia desde 14-07-2020 hasta 14-07-2022 DEL
 No. DIST1 A DIST1000

Cliente:	JERSALUD SAS	Fecha de Emisión:	11-08-2020 00:00:00
NIT / C.C.:	900622551 0	Fecha de Validación:	11-08-2020 17:02:17
Dirección:	CLL 135 #13 A - 58	Moneda Aplicable:	COP
Teléfono:	3178866349	Fecha de Vencimiento:	11-10-2020
E-mail:	asistenteadmin.boyaca@jersalud.com	Forma de Pago:	Crédito
Ciudad:	Bogota D.C.	Medio de Pago:	Acuerdo mutuo
Departamento:	Bogota D.C.	Período de Facturación:	14-07-2020 - 14-07-2022
Régimen:	Impuesto sobre las ventas - IVA	Nro. Orden Compra:	
CuFe:	c142b4355d47e26b8c6100fbbef802181de18c92eccbceb6360329e558739da965e6779d402b0e3663c5b7525ed5ab	Nro. Doc. Despacho:	

DETALLES

Línea	Código	Cond. Excmpto	Descripción	Cantidad	U. Medida	Precio Unit	Desc.	% Impuesto	Total Impuesto	Total
1	SDE-070-G		TERMOMETRO INFRARROJO *	1.00	Unidad	200,000.00	0.00		0.00	200,000.00
-- TOTAL DE LINEA 1 --										

DESCUENTOS Y RECARGOS GLOBALES

Tipo	Descripción	Valor Base	% Desc.	Valor

ANTICIPOS

Detalle del pago	Fecha Realiz.	Facta. Recibida	Valor

NOTAS FINALES

REM 165



Rate IVA	0.00
Rate Fuente	0.00
Rate ICA	0.00
Valor a Pagar (COP)	200,000.00

Total Valor Bruto	200,000.00
Total Base Imponible	0.00
Total de impuestos	0.00
Total Descuentos	0.00
Total Cargos	0.00
Total Anticipos	0.00
Valor Total (COP)	200,000.00

DOSCIENTOS MIL CON 00/100., COP

Nota:

Falta:

Firma Elaborado por:

Firma Recibido por:



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

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

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

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

CUFE: 7ee53befb9eb5ee6220547ddeb0248a36e78c54e42cebe7168779bede7e2e0
 de0f9f09d6c352373d1dcf1b23b1b32bb4

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

FACTURA DE VENTA N° FQE5339



Datos Generales

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

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

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

VALOR NETO FACTURA: \$ 1.045.908

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

Jersalud RADICADO
 900.622.551-0 S.A.S

06 AGO 2020

No.FOLIO: *Jana Bosiga*

RECIBIDO POR: _____ DE _____

ELABORÓ

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

www.jersalud.com

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
 VIGILADO



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



3.2.2 Factura Regional Meta



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
NIT 901.222.681-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 6748246
Neria - Colombia
sumfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE-28

Señores	JERSALUD SAS	Teléfono	5615123	Fecha de Factura	2020-08-05
NIT	900.622.551-0	Ciudad	Bogotá - Colombia	Fecha de Vencimiento	2020-10-04
Dirección	CALLE 32 SUR N° 22-10				

Item	Código	Descripción	Cantidad	V. Unitario	Imppto. Cargo	Imppto. Ret.	V. Total
1	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	30.00	28,500.00	0 %	0 %	855,000.00
2	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	150.00	1,450.00	0 %	0 %	217,500.00
3	WAJE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	300.00	270.00	0 %	0 %	81,000.00
4	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	100.00	220.00	0 %	0 %	22,000.00
5	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	10.00	4,800.00	0 %	0 %	48,000.00
6	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	5.00	5,100.00	0 %	0 %	25,500.00
7	EYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	2.00	3,800.00	0 %	0 %	7,600.00
8	OOEXA227	GUANTE VINILO PROTEXION TALLA S CAJA X 100 UNDS	5.00	22,268.91	19 %	0 %	132,500.01
9	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	1.00	4,800.00	0 %	0 %	4,800.00
10	2822	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	26.00	18,000.00	0 %	0 %	468,000.00
11	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	50.00	9,200.00	0 %	0 %	460,000.00

Elaborado por: Sigo S.A.S NIT: 830 048 145-85-8

Valor en Letras: Dos millones trescientos veintinueve mil novecientos pesos m/cte con 0.01	Total Bruto	2,300,744.55
Condiciones de Pago: Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-04 por \$ 2,321,900.01	IVA 19%	21,155.46
	Total a Pagar	2,321,900.01

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

Karla Polo
- 14-08-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor: Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200723 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 203 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

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



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS		FIGA003
			Versión: 01
			Rev: 08
			Página 1 de 1

Tipo de Orden: Compras Servicios Otro **CuE**

Fecha: 26/07/2020
 Conservativo No. 2020-04

Cotización: 1-432

Proveedor: **BUMFAMEDIC** HT **801222881-7** Teléfono: 311 8007173

CANTIDAD				VALORES			
ITEM	SECURIDAD	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCION ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ATENCION DOMICILIARIA	CAJA X 100	GUANTES LATEX TALLA M	20	\$ 28.000	\$ 560.000
2	META	ATENCION DOMICILIARIA	CAJA X 50 PARES	GUANTES QUIRURGICOS T Y W	100	\$ 1.400	\$ 140.000
3	META	ATENCION DOMICILIARIA	CAJA X 100	GUANTES DE VINILO	2	\$ 55.000	\$ 110.000
4	META	ATENCION DOMICILIARIA	UND	BOHIORE ESPUMA X 90 ML	2	\$ 3.500	\$ 7.000
5	META	ATENCION DOMICILIARIA	CAJA X 100 UND	CURAS REDONDAS	1	\$ 4.800	\$ 4.800
6	META	ATENCION DOMICILIARIA	CAJA X 100 UND	JERINGA 18 CC	300	\$ 270	\$ 81.000
7	META	ATENCION DOMICILIARIA	CAJA X 100 UND	JERINGA 8 CC	100	\$ 220	\$ 22.000
8	META	ATENCION DOMICILIARIA	UND	MASCARILLA PARA MICRONEBULIZACION PEDIATRICO	2	\$ 5.100	\$ 10.200
9	META	ATENCION DOMICILIARIA	UND	MASCARILLA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	10	\$ 4.800	\$ 48.000
10	META	ATENCION DOMICILIARIA	UND	CARETAS	20	\$ 18.000	\$ 360.000
11	META	ATENCION DOMICILIARIA	UND	BOROGAFAS	20	\$ 23.000	\$ 460.000
						Subtotal gravado	\$ 2.308.740
						EXENTO DE IVA	
						IVA 19%	\$ 438.661
						TOTAL A PAGAR	\$ 2.847.401

Tiempo de Entrega: INMEDIATA TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO

Moneda: PESOS COLOMB. X DOLARES EUROS OTRO

TRAMITAR UTILIZAR
 GARANTIA
 FIRMA 1 DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA
 NOMBRE: Diego Torres D. J.
 CARGO: GERENTE GENERAL

DATOS DE QUIEN DELIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:
 ELABORO: JESSICA CAÑÓN CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO TELEFONO: 31137000

1. FICHA TECNICA DEL EQUIPO O MODELO IDENTIFICACION AL MOMENTO DE LA COMPRA Y COMPARE, según lo pactado en la negociación. 2. FICHA DE VIDA DEL EQUIPO 3. DECLARACION DE IMPORTACION 4. ACTA DE ENTREGA O REMISION POR PARTE DEL PROVEEDOR 5. POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIBRANTE 6. REGISTRO INVEN DEL EQUIPO 7. FICHA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO 8. REGISTRO INVEN DE LOS INGENIEROS 9. PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 10. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECTACION	11. FICHA TECNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL 12. FACTURA DE VENTA 13. CERTIFICADO DE FABRICACION NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACION DEL FABRICANTE 14. CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA 15. CERTIFICADO DE METROLOGIA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE 16. CERTIFICADO DE GARANTIA 17. CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TECNICO 18. REGISTRO DE CAPACITACION 19. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS
---	--

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

VIGILADO





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

Cotización
 No. C-1-422

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-22

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	28,500.00	855,000.00
2	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	Ver	150.00	1,450.00	217,500.00
3	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	300.00	270.00	81,000.00
4	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	100.00	220.00	22,000.00
5	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	10.00	4,800.00	48,000.00
6	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	Ver	5.00	5,100.00	25,500.00
7	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	2.00	3,800.00	7,600.00
8	OOEXA227	GUANTE VINILO PROTECION TALLA S CAJA X 100 UNDS	Ver	5.00	22,268.91	132,500.01
9	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00
10	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	Ver	26.00	18,000.00	468,000.00
11	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	Ver	50.00	9,200.00	460,000.00

Elaborado por Siego S.A.S NIT: 830.048.145-85-8

Total Bruto	2,300,744.55
Subtotal	2,300,744.55
IVA 19%	21,155.46
Total a Pagar	2,321,900.01

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
 NIT 901.222.661-7
 Calle 9 No. 14-58
 Tel: 8748246
 Neiva - Colombia
 sumfamedic@hotmail.com

Factura electrónica de venta
 No. FE-26

Señores: JERSALUD SAS
NIT: 900.622.551-0
Dirección: CALLE 32 SUR N° 22- 10

Teléfono: 5618123
Ciudad: Bogotá - Colombia

Fecha de Factura: 2020-08-05
Fecha de Vencimiento: 2020-10-04

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vt. Unitario	Imppto. Cargo	Imppto. Reta.	W. Total
1	253317	HISOPOS HYDRAPLOY 6 ESTERIL REF 25-3317-H	22.00	7,800.00	0 %	0 %	171,600.00
2	030679	HISOPOS MEDIOS DE TRANSPORTE VIRAL UND	60.00	24,500.00	0 %	0 %	1,470,000.00

Valor en Letras:
 Un millón seiscientos cuarenta y un mil seiscientos pesos m/cte

Total Bruto: 1,641,600.00

Condiciones de Pago:
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-04 por \$ 1,641,600.00

Total a Pagar: 1,641,600.00

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

14-08-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización: 18764001368571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses
 Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303

Elaborado por Siglo S.A.S NIT: 830.048.145-85-8



Jersalud		FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS						FIGA003	
								Versión: 01	
								Jun 18	
								Página 1 de 1	

Tipo de Orden: Compra		Fecha: 04/08/2020	
Servicio		Consecutivo No. 0029-106	
Otro			
Categoría: 1-029		Código: 000000017	
Proveedor: SINFARMEDIC		Teléfono: 311 5807173	

CONCEPTO				VALORES				
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA	
1	VILLAVICENCIO	ATENCIÓN DONCELIJUNA	VAR	RESPIRATORY VIRAL TRANSPORT MANTA IVA (COMBO 2 RESPIRO+ 1 MEDIO DE TRANSPORTE)	86	24894	2140644	
2	VILLAVICENCIO	ATENCIÓN DONCELIJUNA	VAR	RESPIROS MARALES	22	7590	167280	
						Subtotal gravado	2	1.641.844
						EXENTO DE IVA		
						IVA 5%		
						IVA 19%		
						TOTAL A PAGAR	2	1.641.844

Condición de entrega:	IMEDIATA X	TREINTA DIAS	<input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>
Forma de Pago:	CONTADO	TREINTA DIAS	<input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS	X	OTRO:	<input type="checkbox"/>
Moneda:	PESES COLOMB. X	DOLARES	<input type="checkbox"/>	EUROS	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>

TIPO A UTILIZAR: **COMPRAS**

Garantía: 30 días

FIRMA Y DE CATEGORÍA AUTORIZA LA COMPRA: [Firma]

NOMBRE: Diego Andrés Díaz

CARGO: GERENTE GENERAL

DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:

ELABORÓ: JESSICA CAJÓN CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA TELÉFONO: 311700040

ATENCIÓN: Este formato es obligatorio en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en el presente orden de compra, reemplazar con las siguientes secciones:

1. En caso que la compra se realice en efectivo o moneda extranjera se mantendrá el valor de dicha suma cuando sea el pagado en la respectiva:

13	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL
14	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	14	FACTURA DE VENTA
15	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O "CARTA DE REPRESENTACIÓN" DEL FABRICANTE
16	POLIZA TODO RIESGO Y SÍNDOS MATERIALES VIGIENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
17	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
18	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA
19	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
20	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACIÓN
21	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR TIEMPO
22	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS
23	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN SEGÚN FABRICANTE
24	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

Cotización
 No. C-1-437

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-05

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	253317	HISOPOS HYDRAFLOY 6 ESTERIL REF 25-3317-H	Ver	22.00	7,800.00	171,600.00
2	030679	HISOPOS MEDIOS DE TRANSPORTE VIRAL UND	Ver	60.00	24,500.00	1,470,000.00
Total Bruto						1,641,600.00
Subtotal						1,641,600.00
Total a Pagar						1,641,600.00

Elaborado por Sigo S.A.S Nit: 830.048.145-85-8

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910302



		SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS NIT 901.222.681-7 Calle 9 No. 14-68 Tel: 8748246 Neiva - Colombia				Nota Crédito No. 2- 2	
Señores JERSALUD SAS NIT 900.622.551-0 Dirección CALLE 32 SUR N° 22- 10		Teléfono 5618123 Ciudad Bogotá - Colombia		Fecha Nota Crédito 2020-08-14 Factura de Venta FV-2-27 Generación 14/08/2020, 08:45 Expedición 14/08/2020, 08:50 Vencimiento 04/10/2020			
Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Elaborado y emitido electrónicamente por Sigma S.A.S NIT: 200.048.145-8			
1	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00				
2	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	175,000.00				
3	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	40,000.00				
4	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	19,200.00				
5	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	4,400.00				
6	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	199,500.00				
7	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	171,000.00				
8	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UNO MEDISPO	100.00	27,000.00				
9	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UNO	400.00	88,000.00				
10	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	185,000.00				
11	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCCOQUICK X50	4.00	220,000.00				
12	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML	10.00	65,000.00				
13	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	147,500.00				
14	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00				
15	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 150 CM3 FCO X 180 ML BIOLIFE	1.00	15,232.00				
16	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	1.00	29,500.00				
Valor en Letras: Un millón cuatrocientos un mil trescientos treinta y dos pesos m/cte			Total Bruto 1,398,900.00				
Condiciones de Pago: Anticipo FV-2-27-1 2020-10-04 por			\$ 1,401,332.00		IVA 19% 2,432.00		
Observaciones:			Total 1,401,332.00				
CUDE: de730634e434ab81250b35df027bfa258fbae219c4d047437bbe41de784e3c8890530686eb2e02b1c8a6bb030e903b							

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO





SUMINISTROS
FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE
COLOMBIA SAS
NIT 901.222.551-7
Calle 9 No. 14-58
Tel: 8748246
Neva - Colombia
sumfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE-27

Señores JERSALUD SAS
NIT 900.622.551-0
Dirección CALLE 32 SUR N° 22- 10
Teléfono 5618123
Ciudad Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación 05/08/2020, 16:41
Expedición 05/08/2020, 16:41
Vencimiento 04/10/2020

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	AGH005	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00	0%	0%	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	3,500.00	0%	0%	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	800.00	0%	0%	40,000.00
4	MED-2005	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	4,800.00	0%	0%	19,200.00
5	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	2,200.00	0%	0%	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	28,500.00	0%	0%	199,500.00
7	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	28,500.00	0%	0%	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	270.00	0%	0%	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	400.00	220.00	0%	0%	88,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	3,700.00	0%	0%	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	55,000.00	0%	0%	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML	10.00	6,500.00	0%	0%	65,000.00
13	DHIT004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	28,500.00	0%	0%	142,500.00
14	SUHO5792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00	0%	0%	7,500.00
15	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	1.00	12,800.00	19%	0%	15,232.00
16	000083	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	1.00	29,500.00	0%	0%	29,500.00

Elaborado y enviado electrónicamente por Siggo S.A.S. Nit: 830.048.145-8

Valor en Letras:

Un millón cuatrocientos un mil trescientos treinta y dos pesos m/cte

Total Bruto 1,398,900.00

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-04 por

\$ 1,401,332.00

IVA 19% 2,432.00

Total a Pagar 1,401,332.00

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1251 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor: Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000
Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5
CUFE: 41715ee075e09f6c3dccc845b03511482e4bd03f01e7556997936e016520fe08e152a71983925eb4c74b5001f

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea 8: Bogotá, Colombia. Teléfono: 01800010303
VIGILADO





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**
NIT 901.222.881-7



Calle 9 No. 14-68
8748248
Neiva - Colombia
sumfamedic@hotmail.com

Elaborado por Sigo S.A.S. Nit: 820.043.146-894-4

Factura de venta

N°: 2458

Cliente: JERSALUD SAS
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 5518123
Dirección: CALLE 32 SUR N° 22- 10
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo: AsistenciaAdmin.Matn@jersalud.com

Fecha de factura: 2020-08-05
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización:

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Reta.	Vr. Total
1	AGH006	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	3,500.00	0 %	0 %	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	6,800.00	0 %	0 %	340,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	4,800.00	0 %	0 %	19,200.00
5	77071413a	SUERO FISIOLÓGICO DE 250 BAXTER	2.00	2,200.00	0 %	0 %	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	28,500.00	0 %	0 %	199,500.00
7	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	28,500.00	0 %	0 %	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UNO MEDISPO	100.00	270.00	0 %	0 %	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML CIA 21 X 1-1/2 UNO	400.00	220.00	0 %	0 %	88,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	3,700.00	0 %	0 %	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	55,000.00	0 %	0 %	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML MK	10.00	6,500.00	0 %	0 %	65,000.00
13	D6TD04	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	29,500.00	0 %	0 %	147,500.00
14	SUMOS782	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
15	EQF1JA	FLAJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	1.00	12,800.00	19 %	0 %	15,232.00
16	S-180237	GLUTARALDEHIDO PH ACIDO GALON X 4 LITROS	1.00	29,500.00	0 %	0 %	29,500.00

Valor en Letras:
Un millón setecientos un mil trescientos treinta y dos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-04 por \$ 1,701,332.00

Total Bruto: 1,698,900.00
IVA 19%: 2,432.00
Total a Pagar: 1,701,332.00

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18743006570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18

Elaborado por

[Firma]
Firma recibida

14-08-2020

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



Jersalud S.A.S. **FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS**

FJGD003
 Versión: 01
 Rev: 18
 Página 1 de 1

Fecha: 29/01/2020

Tipo de Orden: Compra Servicio Otro OMI

Contrato No. 5471

Proveedor: SUMPAMEDIC SNT N122281-7 Teléfono: 311 8901173

Consecutivo No. 3026-87

ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ASISTENCIAL	UND	BATA QUIRURGICA MANO CORTA	80	2.000	170.000
2	META	ASISTENCIAL	UND	BATA QUIRURGICA MANO LARGA	80	4.500	360.000
3	META	ASISTENCIAL	UND	GUANTES LATEX TALLA M	7	25.000	175.000
4	META	ASISTENCIAL	UND	GUANTES LATEX TALLA L	6	29.500	177.000
5	META	ASISTENCIAL	UND	SABANAS X 18 UND	80	3.700	296.000
6	META	ASISTENCIAL	UND	SABANAS X 18 UND	1	7.200	7.200
7	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	AGUJA HPOCRONICA 210 X 1 1/2	1	4.900	4.900
8	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	CURVAS REDONDAS	4	270	1080
9	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	JERINGA 18 CC	100	120	12.000
10	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	JERINGA 3 CC	600	100	60.000
11	META	ASISTENCIAL	UND	ALCOHOL FRASCO 750 ML	10	13.000	130.000
12	META	ASISTENCIAL	UND	ALCOHOL BALON	8	25.000	200.000
13	META	ASISTENCIAL	UND	CYTOFLUOR	1	15.000	15.000
14	META	ASISTENCIAL	UND	TRIAS GLUCOQUICK	4	65.000	260.000
15	META	ASISTENCIAL	UND	GLUTARALDEHDO X 2000 ML	1	20.000	20.000
16	META	ASISTENCIAL	UND	LUGOLAMA AL 2% TAPA AZUL	1	7.500	7.500
17	META	ASISTENCIAL	UND	SOLUCION SALINA 0,9% 100 ML	2	2.200	4.400
						Subtotal gravado	1.686.000
						EXENTO DE IVA	
						IVA 19%	3.203
						TOTAL A PAGAR	1.789.200

Plazo de Entrega: INMEDIATA TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO

Moneda: PESOS COLOMB. X DOLARES EUROS OTRO

TIPO A UTILIZAR: **ORDENANTIA**

[Firma]
 FIRMA Y DESEMPEÑO DEL REPRESENTANTE DE LA COMPRA

NOMBRE: *[Firma]*
 CARGO: GERENTE GENERAL

DATOS DE QUIEN EMITE LA ORDEN DE COMPRA:

ELABORO: JESICA CAÑON CARGO: ASISTENTE TELEFONO 311370 ADMINISTRATIVO DIO

ANEXOS DE LA ORDEN DE COMPRA:

1	FICHA TECNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL
2	FACTURA DE VENTA
3	CERTIFICADO DE FABRICACION NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACION DEL FABRICANTE
4	CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5	CERTIFICADO DE METROLOGIA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6	CERTIFICADO DE GARANTIA
7	CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TECNICO
8	REGISTRO DE CAPACITACION
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE TRAYECTORIAS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR TIPO DE EQUIPO
10	FICHA TECNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL
11	DECLARACION DE IMPORTACION
12	ACTA DE ENTREGA O REMISION POR PARTE DEL PROVEEDOR
13	POLIZA TODO RIESGO Y GANOS MATERIALES VIGENTE
14	REGISTRO INVENA DEL EQUIPO
15	FICHA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO
16	REGISTRO INVENA DE LOS INGENIEROS
17	PROTICOLOGO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
18	PROTICOLOGO DE LIMPIEZA Y DESINFECTACION

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Compras Nacional: 01800010303
VIGILADO



Facturada



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

Cotización
No. C-1-421

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-21

Elaborado por Sigo S.A.S Nit: 830.048.145-95-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	AGH006	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	Ver	1.00	7,500.00	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	Ver	50.00	3,500.00	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	50.00	6800.00	340,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	4.00	4,800.00	19,200.00
5	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	2.00	2,200.00	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	7.00	28,500.00	199,500.00
7	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	6.00	28,500.00	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	100.00	270.00	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	400.00	220.00	88,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	50.00	3,700.00	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	Ver	4.00	55,000.00	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML	Ver	10.00	6,500.00	65,000.00
13	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	5.00	29,500.00	147,500.00
14	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	Ver	1.00	7,500.00	7,500.00
15	EQFJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	Ver	1.00	12,800.00	15,232.00
16	000083	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	Ver	1.00	29,500.00	29,500.00

Total Bruto	1,698,600.00
Subtotal	1,398,900.00
IVA 19%	2,432.00
Total a Pagar	1,701,332.00

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800019033

www.jersalud.com



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





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



Nota Crédito
No. 2- 3

Señores:	JERSALUD SAS		
NIT:	900.622.551-0	Teléfono:	5618123
Dirección:	CALLE 32 SUR N° 22- 10	Ciudad:	Bogotá - Colombia

Fecha Nota Crédito	2020-08-14
Factura de Venta	FV-2-57
Generación	14/08/2020, 10:09
Expedición	14/08/2020, 10:10
Vencimiento	13/10/2020

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	AGUJA 21 X 1,1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00
2	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	175,000.00
3	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	400,000.00
4	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	19,200.00
5	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	4,400.00
6	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	199,500.00
7	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	171,000.00
8	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	27,000.00
9	JERINGA 5 ML CIA 21 X 1-1/2 UND	400.00	88,000.00
10	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	185,000.00
11	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	220,000.00
12	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML MK	10.00	65,000.00
13	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	147,500.00
14	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00
15	FLJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	1.00	15,232.00
16	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO 365 DIAS	1.00	29,500.00

Elaborado y emitido electrónicamente por Siglo S.A.S. NIT: 830.048.145-9

Valor en Letras:
Un millón seiscientos sesenta y un mil trescientos treinta y dos pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-13 por \$ 1,761,332.00

Total Bruto	1,758,900.00
IVA 19%	2,432.00
Total	1,761,332.00

Observaciones:

CUIDE: 13cbe5c5e5f0cb83f47730676d4424579898e385a073c40819fa27535134a76d20f3bd0ae803b50d220039ea2a5c069f





SUMINISTROS
FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE
COLOMBIA SAS
NIT 901.222.681-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 8748246
Naiva - Colombia
sumfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE-57

Señores	JERSALUD SAS	Teléfono	5618123
NIT	900.622.551-0	Ciudad	Bogotá - Colombia
Dirección	CALLE 32 SUR N° 22- 10		

Fecha y hora Factura	
Generación	05/08/2020, 09:04
Expedición	14/08/2020, 09:08
Vencimiento	04/10/2020

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Reta.	Vr. Total
1	AGH006	AGUJA 21 X 1,1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	3,600.00	0 %	0 %	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	8,000.00	0 %	0 %	400,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	4,800.00	0 %	0 %	19,200.00
5	AXA1348281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	2,200.00	0 %	0 %	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	28,500.00	0 %	0 %	199,500.00
7	TUFFGLOVELL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	28,500.00	0 %	0 %	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	270.00	0 %	0 %	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	400.00	220.00	0 %	0 %	88,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	3,700.00	0 %	0 %	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	55,000.00	0 %	0 %	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML MK	10.00	6,500.00	0 %	0 %	65,000.00
13	D16T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	28,500.00	0 %	0 %	142,500.00
14	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
15	EQFLJA	FLJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 180 CM3 FCO X 180 ML BIOLIFE	1.00	12,800.00	19 %	0 %	15,232.00
16	S-180237	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO 365 DIAS	1.00	29,500.00	0 %	0 %	29,500.00

Elaborado y enviado electrónicamente por Sigo S.A.S ME: \$30.048.145-8

Valor en Letras:
Un millón setecientos sesenta y un mil trescientos treinta y dos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-04 por \$ 1,761,332.00

Total Bruto	1,758,900.00
IVA 19%	2,432.00
Total a Pagar	1,761,332.00

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18754001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5
CUFE: bcb037c8f890364ad21762f445579c60ac73a151c7a980974d9a6f78ca4981910c6a9b31ca68d1e92480431e9f1e210

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



3.2.3 Factura Regional Casanare

**DISTRIBUIDORA
PROYECTAR SAS**
NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763055179468
DE FECHA 2019/07/09 NUMERACIÓN AUTORIZADA
DEL DP 1001 AL DP 1109
NO SOMOS AUTORETENEDORES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ICA 9639 TARIFA 11.4 X 1.000

FACTURA DE VENTA
DP 1075

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

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

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	ALCOHOL + CLORHEXIDINA GALON X 4 LTS ***	1	34.000	34.000
	AMONIO CUATER. DESINFEC. ALTO ESPETRO GALON X 3.8 LTS***	1	22.000	22.000
	BATA PACIENTE DES. MANGA LARGA P/RESORTADA PQ *10 BL ***	6	81.000	486.000
	GEL ANTIBACTERIAL DISPENSADOR X 1000 ML ***	6	18.000	108.000
	GORROS TIPO ORUGA PQ. X 100 ***	1	21.600	21.600
	SABANAS BLANCA PARA CAMILLA PAQ. X 10 ***	8	40.500	324.000
	TAPABOCAS DESECH. EN EMP. INDIV. TERMOSELLADO X 50 UND ***	8	50.000	400.000
	TAPABOCAS KN-95 X 20 UND ***	2	95.000	190.000
[*** PRODUCTOS EXENTO DE IVA SEGUN DECRETO EMER. SANT.]				

OBSERVACIONES: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

SUB-TOTAL	1.585.600
I.V.A	0
TOTAL	1.585.600

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

AUTORIZADO POR:

DISTRIBUIDORA
PROYECTAR SAS
NIT 900.669.318-3

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

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

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438545-4 TEL. 3142142983

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

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

4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad							
Noy Edy Espitia Aguilar				23 297 570				Tunja							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
11 ^o	08	20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Noy Espitia	
12 ^o	08	20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Noy Espitia	
13 ^o	08	20	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Noy Espitia	
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							
Johana Vargas				4056500607				Tunja							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
08	08	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Johana V.	
10	08	20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	X		Johana V.	
11	08	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X		Johana V.	
12	08	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X		Johana V.	
13	08	20	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-		Johana V.	
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
NELLY CALVO DRAZ	1049912869	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	Polainas			
08/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Nelly Calvo</i>
10/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		<i>Nelly Calvo</i>
11/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Nelly Calvo</i>
12/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Nelly Calvo</i>
13/08/20	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Nelly Calvo</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, _____ 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
Ledy Ruyana Moron Gurrea	198896095	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	Polainas			
08/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Ruyana G.</i>
10/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		<i>Ruyana G.</i>
11/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Ruyana G.</i>
12/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Ruyana G.</i>
13/08/20	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Ruyana G.</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Lima, Correo Electrónico: 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
Mona Cecilia Sepúlveda B.	63342076	Tunga

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
8 ^o 8 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
10 8 20				X					X			-	
11 8 20				X						X		-	
12 8 20				X						X		-	
13 08 20				X						X		-	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Morero Sanchez, Johan	1099658796	Tunga

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
10 08 20				X					X				
11 08 20				X					X				
12 08 20				X					X				
13 08 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													
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
MAYORGA ROJAS DOLLI	40044574	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 ^o 08 ^o 2020				X					X			Dolli Mayorca Rojas
04 ^o 08 ^o 2020				X								Dolli Mayorca Rojas
05 ^o 08 ^o 2020				X					X			Dolli Mayorca Rojas
10 ^o 08 ^o 2020				X								Dolli Mayorca Rojas
11 ^o 08 ^o 2020				X								Dolli Mayorca Rojas
12 ^o 08 ^o 2020				X								Dolli Mayorca Rojas
13 ^o 08 ^o 2020				X								Dolli Mayorca Rojas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Dolli Mayorca Rojas identificado (a) con CC: 40044574, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 08 20				X					X			Daniela Suarez Ruano
11 08 20				X								Daniela Suarez Ruano
12 08 20				X								Daniela Suarez Ruano
13 08 20				X								Daniela Suarez Ruano
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
10 08 20				X									Me Reyes Cam!
11 08 20				X									Me Reyes Cam!
12 08 20				X									Me Reyes Cam!
13 08 20				X									Me Reyes Cam!
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, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
PEDRAZA VARGAS MARIA JUZIA	40017103	Consulta Atención Nutricional

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
08 08 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-			W. Juan Pedroza
10 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			W. Juan Pedroza
11 08 2020	*	-	-	X	-	X	-	-	-	-			W. Juan Pedroza
13 08 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-			W. Juan Pedroza
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, W. Juan Pedroza Vargas identificado (a) con CC: 40017103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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 Herson Ayde Flores Ishi	Cédula 40036502	Unidad consulte 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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Ishi Flores
10 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Ishi Flores
11 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso bata desechable adias	Ishi Flores
12 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso bata desechable adias	Ishi Flores
13 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso bata desechable adias	Ishi Flores
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Herson Ishi Flores Ayde Identificado (a) con CC: 40036502 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Luz Esperanza Cordero Barona	Cédula 40027046	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Prohibitoria	[Firma]
11 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	[Firma]
12 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	teleconsultas	[Firma]
13 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Teleconsultas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 0800019383
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 Daniel Niño H	40039609	C. externo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
10 8 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomunicaciones	Fanny Niño
11 8 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomunicaciones	Fanny Niño
12 8 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomunicaciones	Fanny Niño
13 8 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		telecomunicaciones	Fanny Niño
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, Fanny Daniel Niño Identificado (a) con CC: 40039609, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Johana Josefa Joha Aceito	40086554P	CONSULTA INTERNA TURJA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
10 8 20				X					X				Johana Josefa Aceito
12 8 20	X			X					X				Johana Josefa Aceito
13 8 20				X									Johana Josefa Aceito
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, Johana Josefa Aceito Identificado (a) con CC: 40086554P, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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, 0100001903032
 Bogotá, D.C.



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

Apellidos y Nombres Completos Jose Escandon Jimenez	Cédula 7180163	Unidad C. Ete
---	--------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
10 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Jimenez
11 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Jimenez
12 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Jimenez
13 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Jimenez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, John Jimenez Identificado (a) con CC: 7180163, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Rosalva Jimenez	Cédula 33367367	Unidad C. Ete
---	---------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
08 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Rosalva
10 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Rosalva
11 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Rosalva
12 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Rosalva
13 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	Rosalva
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Rosalva Jimenez 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.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033



	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 I Claudia	40045784	C. Ser

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 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				
10/08/20	X			X	X				X					
11/08/20				X	X									
12/08/20				X	X									
13/08/20				X	X									
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gustavo Alfonso Moreno Abello	79373885	Tomy

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 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				
11/08/20	X			X		X			X					
13/08/20	X			X		X			X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



	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>Gerson David Gonzalez Robles</i>	<i>104963877</i>	<i>Tunja</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gerson</i>
11 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gerson</i>
12 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gerson</i>
13 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Gerson</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, *Gerson David Gonzalez* identificado (a) con CC: *104963877*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Sisco Gabriel</i>	<i>77205029</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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Sisco</i>
11 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Sisco</i>
12 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Sisco</i>
13 08 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		<i>Sisco</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, *Sisco Gabriel* identificado (a) con CC: *77205029*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019033
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Duran Joel	Cédula 1124023609	Unidad 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	Polinias			
10 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			
14 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
12 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
13 8 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, Joel Duran Identificado (a) con CC: 1124023609 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Barrista Lopez Vladimir	Cédula 88214442	Unidad C EXT TUNJA
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
10 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	BATA SUCIAVA		
12 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
13 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Vladimir Barrista Lopez Identificado (a) con CC: 88214442 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zipa Vargas Giselle Andrea	1049647500	Consulta Externa 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		
08 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
10 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Giselle Andrea Zipa
11 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
12 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
13 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acevedo Pamela	46379245	C. Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 08 20			X	X		X						
10 08 20				X		X						
11 08 20				X		X						
12 08 20	X	X		X		X			X			
13 08 20				X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800019333
 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	Cédula	Unidad
Jennifer Mateos Lopez	1049634-115	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			
08 08 20				+									Jennifer Mateos
10 08 20				+					X				Jennifer Mateos
11 08 20				+									Jennifer Mateos
12 08 20				+									Jennifer Mateos
13 08 20				+									Jennifer Mateos
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
Flora Alvarez Monica	1099616557	Cereza

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
10 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Celista	1099616557
11 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Celista	Celista
12 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		-	Celista
13 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		-	Celista
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, Monica Flora Alvarez Identificado (a) con CC: 1099616557, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Vasquez Sanchez Anderson Denis	1054658727	C.Extern. 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	Polainas		
10 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Anderson Denis
11 08 20	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-		Anderson Denis
12 08 20	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-		Anderson Denis
13 08 20	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-		Anderson Denis
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Anderson Denis Vasquez Sanchez Identificado (a) con CC: 1054658727 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Sandoval Sofia Mero	23284946	C. Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Sofia Mero
11 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Sofia Mero
12 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Sofia Mero
13 08 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Sofia Mero
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, Sandoval Sofia Mero Identificado (a) con CC: 23284946 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Nacional de Bioseguridad S.A.S.
 Calle Comercio Nacional, 010001910332
 QUITO, ECUADOR



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenny Gabriela Sotomayor Mazarin	10523402	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	Polinias			
10 08 20				X									Jenny Sotomayor
11 08 20				X									Jenny Sotomayor
12 08 20				X									Jenny Sotomayor
13 08 20				X									Jenny Sotomayor
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Sotomayor Mazarin Identificado (a) con CC: 10523402, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Bonitas Agüero Erika Jara	1052403488	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	Polinias			
08 08 20				X									Erika Jara
10 08 20				X									Erika Jara
11 08 20				X									Erika Jara
12 08 20				X									Erika Jara
13 08 20				X									Erika Jara
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, Erika Jara Bonitas Agüero Identificado (a) con CC: 1052403488, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910333



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Betancur Becerra Zulmayanth	1052399313	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				
10 08 20				X										
11 08 2020				X										
12 08 2020				X										
13 08 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, Zulmayanth Betancur Becerra Identificado (a) con CC: 1052399313 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
FONTECAMA FELICIANO CHAVEZ KABEL	46361131	O. GR JUNTA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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				
08 08 2020				X										
10 08 2020				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, CHAVEZ KABEL FELICIANO Identificado (a) con CC: 46361131 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910332

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

Apellidos y Nombres Completos Mojica Velandia Luz Marina	Cédula 40036857	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			
8 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			
10 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Prioritaria.		
11 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			
12 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			
13 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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 Yoly Patricia Ovalle P	Cédula 23324561	Unidad Turno
--	---------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
8 08 20	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-			
10 08 20	X	X	X	X	-	-	-	-	X	-			
11 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
12 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
13 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 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 <u>Rojas Montano Diego Alejandro</u>	Cédula <u>1019069127</u>	Unidad <u>ADM</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	Poliainas		
08 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>[Firma]</i>
10 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	TAPABOCAS - BATA	<i>[Firma]</i>
11 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>[Firma]</i>
12 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>[Firma]</i>
12 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diego Alejandro Rojas Montano identificado (a) con CC: 1019069127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Diana Yanira Ibañez Diaz</u>	Cédula <u>33377254</u>	Unidad <u>Consulta 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poliainas		
10 08 20	X			X					X			Diana Ibañez
11 08 20	X			X					X			Diana Ibañez
12 08 20	X			X					X			Diana Ibañez
13 08 20	X			X					X			Diana Ibañez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910333



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

Apellidos y Nombres Completos <u>María Cecilia Rodríguez</u>	Cédula 	Unidad <u>C. C + Tenencia 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
10 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	<u>María C. Rodríguez</u>
11 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<u>María C. Rodríguez</u>
12 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<u>María C. Rodríguez</u>
13 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<u>María Rodríguez</u>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, María Cecilia Rodríguez identificado (a) con CC: 1049825020, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Vasquez Moreno Blanca Nubia</u>	Cédula <u>23.810.177.</u>	Unidad <u>Consulta Externa Tunja</u>
--	-------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
06 08 2020				X					X					
10 08 2020				X										
11 08 2020				X										
12 08 2020				X										
13 08 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, Blanca Nubia Vasquez Moreno 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Triana Triana Hidalgo	46458143	Duitama

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

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

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
Fajardo Saino Angela Dorely	24167247	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Películas		
27 04 2020	✓			✓						✓	5 Gorros 5 tapabocas	[Firma]
03 05 2020	✓			✓						✓	1 Gorro 4 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Lina M. Arague</u>	<u>46672428</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		
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.
07/07/20	X			X					X		6 Tapabocas	Lina M.
13/07/20				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.
03/08/20				X					X		5 Tapabocas	Lina M.
10/08/20				X					X		5 Tapabocas	Lina M.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	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>Acero Martinez Diana Patricia</u>	<u>46456247</u>	<u>Quitama</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		
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
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NANCY MORELLON	23323980	BARRAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29 07 20	✓			✓							5 de 90	
30 07 20	✓			✓							3 de 90	
18 08 20	✓			✓							3 de 90	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	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
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 07 20	x			X					X	X	5 tapabocas	
24 07 20	x			x					x	x	5 tapabocas	
27 07 20	x			x					x	x	5 tapabocas, 3 Polainas	
03 08 20	x			x					x	x	5 tapabocas, 2 Polainas	
10 08 20	x			x					x	x	5 cofre y tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana 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.**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 0800910303
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
Avenida Esmeralda Gloria Isabel	1049628122	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polizas				
26	08	2019	X			X						X	Tapabocas 4 botas y 1 gorro	[Firma]
09	08	2019	X			X						X	Tapabocas 5 botas	[Firma]
09	08	2019	X			X						X	Tapabocas 6 y 1 bata	[Firma]
16	08	2019	X			X						X	Tapabocas 4. 1 bata	[Firma]
23	08	2019	X			X						X	Tapabocas 5 y 1 bata	[Firma]
30	08	2019	X			X						X	Tapabocas 4 y 1 bata	[Firma]
06	09	2019	X			X						X	Tapabocas 6 y 1 bata	[Firma]
13	09	2019	X			X						X	Tapabocas 5 y 1 bata	[Firma]
20	09	2019	X			X						X	Tapabocas 5 y 1 bata	[Firma]
27	09	2019	X			X						X	Tapabocas 6 y 1 bata	[Firma]
03	10	2019	X			X						X	Tapabocas 5 y 1 bata	[Firma]
10	10	2019	X			X						X	Tapabocas 5 y 1 bata	[Firma]

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pina Quica 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	
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polizas				
27	09	2019	X			X						X	4 tapabocas	[Firma]
03	10	2019	X			X						X	4 tapabocas	[Firma]
10	10	2019	X			X						X	5 tapabocas	[Firma]
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, Sonia Mabel Pina 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Evaun Lucia Cepeda Higuerá</u>	<u>1052410687</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 05 20	X			X					X			3 tapabocas - 1 bata des	
01 06 20	X			X					X			5 tapabocas - 1 bata	
08 06 20	X			X					X			5 tapabocas - 1 bata	
16 06 20	X			X								2 tapabocas - 1 cofia	
23 06 20	X			X					X			1 cofia - 4 tapabocas - 1 bata	
30 06 20	X			X					X			5 tapabocas - bata - cofia	
06 07 20	X			X					X			5 tapabocas - bata - cofia	
13 07 20	X			X					X			5 tapabocas - bata - cofia	
24 07 20	X			X								1 cofia 4 tapabocas	
29 07 20	X			X					X			1 cofia 5 tapabocas 7 bata	
03 08 20	X			X					X			4 tapabocas - 1 cofia - 7 tapabocas	
19 08 20	X			X					X			1 bata 1 cofia 5 tapabocas	

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

	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>Velasco Pava Marcel David</u>	<u>1053605215</u>	<u>Asistencial</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
07 08 20	X			X					X			Ninguna		
07 08 20	X			X					X					
19 08 20	X			X					X			6 Tapabocas		
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, Marcel David Velasco Pava identificado (a) con CC: 1053605215, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DELCADO ANITA DIANA MARCELA	1053608206	DEHALO QUITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
DD	MM	AA	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
03	08	20				X					X		STAPABOCAS, 1 BATA	DIANA C.
08	08	20				X					X		STAPABOCAS, 1 BATA	DIANA C.
16	08	20				X					X		2 TAPABOCAS, 1 BATA	DIANA C.
23	08	20				X					X		STAPABOCAS, 1 BATA	DIANA C.
30	08	20				X					X		STAPABOCAS, 1 BATA	DIANA C.
05	09	20				X					X		STAPABOCAS 1 BATA	DIANA C.
18	09	20				X					X		STAPABOCAS 1 BATA	DIANA C.
24	09	20	X			X					X		STAPABOCAS 1 BATA	DIANA C.
28	09	20	X			X					X		STAPABOCAS 1 BATA	DIANA C.
29	08	20	X			X					X		STAPABOCAS 1 BATA	DIANA C.
10	08	20	X			X					X		STAPABOCAS 1 BATA	DIANA C.

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zabala Mancipe Ana 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
DD	MM	AA	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
01	08	20	X			X					X		1 Tapabocas - 1 bata - 1 gorro	Zabala Mancipe
02	08	20	X			X					X		4 Tapabocas - 1 bata - 1 gorro	Zabala Mancipe
10	08	20	X			X					X		5 Tapabocas 1 bata 1 gorro	Zabala Mancipe
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, Ana 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 Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina Alejandra Pinzón C.	1049632618	Jersalud.

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

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Cuero desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pajillas
28 08 20	X			X					X		2 tapabocas.	Ripri
09 08 20				X							5 tapabocas.	Ripri
08 08 20	X			X					X		6 tapabocas.	Ripri
16 08 20	X			X					X		2 tapabocas.	Ripri
20 08 20	X			X					X		5 tapabocas	Ripri
28 08 20	X			X					X		5 tapabocas	Ripri
13 09 20	X			X					X		5 tapabocas	Ripri
22 09 20	X			X					X		4 tapabocas	Ripri
29 09 20	X			X					X		6 tapabocas	Ripri
09 09 20	X			X					X		5 tapabocas	Ripri
10 09 20	X			X					X		5 tapabocas	Ripri
DD MM AA												

Yo, Lina Alejandra Pinzón Castiblanco identificado (a) con CC: 1049632618, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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.

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Cuero desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pajillas
03 08 20				X					X		2 tapabocas.	David Pinzon
16 08 20	X			X					X			David Pinzon
29 08 20	X			X					X		1 tapabocas	David Pinzon
30 08 20	X			X					X		1 tapabocas.	David Pinzon
10 08 20	X			X					X		1 tapabocas	David Pinzon
17 08 20	X			X					X		1 tapabocas	David Pinzon
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, David Pinzon identificado (a) con CC: 80156030, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 0800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Orlando Gutierrez</u>	Cédula <u>91244689</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	
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 2m 20	1			4							1		<i>[Signature]</i>
27 7 20	5			5							5		<i>[Signature]</i>
29 7 20	2			2		2					2	1 Respirador M500	<i>[Signature]</i>
30 8m 20	4			4							4		<i>[Signature]</i>
10 9m 20	5			6							6		<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, Orlando Gutierrez identificado (a) con CC: 91244689, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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	
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08 08 20				X									<i>[Signature]</i>
10 08 20				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ DEISY CAROLINA	1.049631798	SSEMSS.

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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 NBR con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20				X					X			5 Tapabocas y Gorros	[Firma]
10/08/20				X					X			5 Tapabocas y Gorros	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Deisy Carolina Hernández 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Cely Pérez Sergio Ricardo	74.08349	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, 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 NBR con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20	X			X					X			EPP 5 unidades c/c	Sergio [Firma]
10/08/20	X			X					X			EPP 5 unidades c/c	Sergio [Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Bernabé P. Mada Constanza</u>	<u>46370222</u>	<u>Socome</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopie de seguridad	Camis desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas		
30/08/2020				X					X		epp. 3 Tapabocas y 6 cmis	MCConstanza B
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, MCConstanza Bernabé 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.

	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>Cavilla Lopez Cesar</u>	<u>9530770</u>	<u>CEXT Soc</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopie de seguridad	Camis desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas		
30/08/20				X					X		epp 6 tapabocas y 6 camis	Cavilla
30/08/20				X					X		"	Cavilla
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Cesar Cavilla 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 Central 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 Malaver Aceda 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas tipo con virus	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
3 20				X							X	5 Tapabocas 5 GPP	Sandra Malaver
10 20				X							X	5 Tapabocas 5 GPP	Sandra Malaver
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Sandra Lora	Cédula 8608666	Unidad Sejmo
---	--------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 tipo con virus	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09 20	X			X							X	5 Tapabocas y 4 GPP	Sandra Lora
10 20	X			X							X	5 Tapabocas y 6 GPP	Sandra Lora
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sandra 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 Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Ana Rosaura López</u>	Cédula <u>46366015</u>	Unidad <u>Seguros</u>
--	----------------------------------	---------------------------------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monogatos de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30/08/20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y 5 Bata	Ana Rosaura López
10/08/20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y 5 Bata	Ana Rosaura López
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Ana Rosaura López 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 <u>Daisy Vargas Panera</u>	Cédula <u>1057585417</u>	Unidad <u>Seguros</u>
--	------------------------------------	---------------------------------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monogatos de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03/08/20				X					X		EPP 5 Tapabocas y 5 Bata	Daisy Vargas Panera
08/08/20				X					X		EPP 5 Tapabocas y 5 Bata	Daisy Vargas Panera
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Controladora 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
MILENA ANDREA QUINTERO TERRES	46455020	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	
	Cofre	Monografía de seguridad	Cincha 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
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lardi Ruth Gaitán Vergas	1088274757	Sogamoso

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía de seguridad	Cincha 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	Lardi Ruth Gaitán
10/08/2020	X			X							X	EPP 5 Tapabocas y Gomas	Lardi Ruth Gaitán
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lardi Ruth Gaitán Vergas identificado (a) con CC: 1088274757, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Dña <u>Morqui Brigitte Daura</u>	<u>105757161</u>	<u>Sagunaso</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaines			
03/08/20	X			X							X	E.P.P. 5 Sacos Tapabocas	
10/08/20	X			X							X	E. P.P. 5 Tapabocas Sacos	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Daura Brigitte Morqui identifico (a) con CC: 105757161. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Sebastián Rivera Gutiérrez</u>	<u>1049614089</u>	<u>Jogamojo</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaines			
03/08/20	X			X							X	E.P.P. 5/d	
10/08/20	X			X							X	E.P.P. 5/d	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
DD	MM	AA	Cófia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable			Polainas	
03	08	2020	X			X					X				Erika Saucedo
04	08	2020				X									Erika Saucedo
05	08	2020				X									Erika Saucedo
06	08	2020				X									Erika Saucedo
10	08	2020	X			X					X				Erika Saucedo
11	08	2020				X									Erika Saucedo
12	08	2020				X									Erika Saucedo
13	08	2020				X									Erika Saucedo
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.

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
DD	MM	AA	Cófia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable			Polainas	
01	08	2020				X									Jennifer Ballén
03	08	2020	X			X					X				Jennifer Ballén
04	08	2020				X									Jennifer Ballén
05	08	2020				X									Jennifer Ballén
06	08	2020				X									Jennifer Ballén
07	08	2020				X									Jennifer Ballén
08	08	2020				X									Jennifer Ballén
10	08	2020				X									Jennifer Ballén
11	08	2020				X									Jennifer Ballén
12	08	2020				X									Jennifer Ballén
13	08	2020				X									Jennifer Ballén
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: 018000910332
VIGILADO



		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		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
DD	MM	AA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
03	08	2020	X			X					X			Jackeline B
04	08	2020				X								Jackeline B
05	08	2020				X								Jackeline B
06	08	2020				X								Jackeline B
10	08	2020	X			X					X			Jackeline B
11	08	2020				X								Jackeline B
12	08	2020				X								Jackeline B
13	08	2020				X								Jackeline B
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

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

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN										Cédula 1053340626		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
DD	MM	AA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
01	08	2020				X								Shirley
03	08	2020	X			X					X			Shirley
04	08	2020				X								Shirley
08	08	2020				X								Shirley
06	08	2020				X								Shirley
07	08	2020				X								Shirley
08	08	2020				X								Shirley
10	08	2020	X			X					X			Shirley
11	08	2020				X								Shirley
12	08	2020				X								Shirley
13	08	2020				X								Shirley
DD	MM	AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
 VIGILADO



		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1				
Apellidos y Nombres Completos JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA				Cédula 1053.248.179				Unidad Chiquinquirá								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.																
Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma			
DD	MM	AA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable			Polainas		
04	08	2020				X										
05	08	2020				X					X					
04	08	2020	X			X										
05	08	2020				X										
06	08	2020				X										
07	08	2020				X										
08	08	2020				X										
10	08	2020	X			X					X					
14	08	2020				X										
12	08	2020				X										
13	08	2020				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 LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA				Cédula 105338976				Unidad Chiquinquirá								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.																
Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma			
DD	MM	AA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable			Polainas		
04	08	2020				X										
05	08	2020	X			X					X					
04	08	2020				X										
05	08	2020				X										
06	08	2020	X			X										
07	08	2020				X										
08	08	2020				X										
10	08	2020	X			X					X					
11	08	2020				X										
12	08	2020				X										
13	08	2020				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: 018000910332
VIGILADO



		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	
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
01	08	2020				X								Melissa C
03	08	2020	X			X					X			Melissa C
04	08	2020				X								Melissa C
05	08	2020				X								Melissa C
06	08	2020				X								Melissa C
07	08	2020				X								Melissa C
08	08	2020				X								Melissa C
10	08	2020	X			X					X			Melissa C
11	08	2020				X								Melissa C
12	08	2020				X								Melissa C
13	08	2020				X								Melissa C

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										Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO										Cédula 23.730.499		Unidad Chiquinquirá		
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.														
Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofis	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
01	08	20				X								Samira C
03	08	20	X			X					X			Samira C
04	08	20				X								Samira C
05	08	20				X								Samira C
06	08	20				X								Samira C
07	08	2020				X								Samira C
08	08	2020				X								Samira C
09	08	2020	X			X					X			Samira C
11	08	2020				X								Samira C
12	08	2020				X								Samira C
13	08	2020				X								Samira C

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332
 VIGILADO



		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 102322 198		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 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
09 08 2020	X			X					X				
05 08 2020				X									
06 08 2020				X									
07 08 2020				X									
08 08 2020				X									
10 08 2020	X			X					X				
11 08 2020				X									
12 08 2020				X									
13 08 2020				X									
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 formación de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Diana Fede Buitrago Jara										Cédula 1020752780		Unidad Garagoa	
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
09 08 20	X	X	X	X			X	X	X	X			
10 08 20	X	X	X	X			X	X	X	X			
11 08 20	X	X	X	X			X	X	X	X			
12 08 20	X	X	X	X			X	X	X	X			
13 08 20	X	X	X	X			X	X	X	X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Sartiva Identificado (a) con CC: 1020752780 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
<u>Castillo Morales Lady Andrea</u>	<u>1.048.846.141</u>	<u>Garagea</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			
07/08/2020	X	0	0	0			0	0	0	0	0		Lady Castillo
10/08/2020	0	0	0	0			0	0	0	0	0		Lady Castillo
11/08/2020	0	0	0	0			0	0	0	0	0		Lady Castillo
12/08/2020	0	0	0	0			0	0	0	0	0		Lady Castillo
13/08/2020	0	0	0	0			0	0	0	0	0		Lady Castillo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lady Castillo Identificado (a) con CC: 1.048.846.141, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Armando J. Domínguez</u>	<u>531407</u>	<u>Garagea</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			
07/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
10/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
11/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
12/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
13/08/20	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Armando Domínguez 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
May Camelo Suiet	33 676746	Garcapoa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
10 08 2019	X			X											
11 08 2019	X			X											
12 08 2019	X			X											
13 08 2019	X			X											
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, May Camelo Suiet 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Cecilio Avila Fanny Fanny	33676330	Garcapoa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
10 08 2019	X		X	X		X			X	X					
11 08 2019	X		X	X		X			X	X					
12 08 2019	X		X	X		X			X	X					
13 08 2019	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, Fanny Cecilio Avila Identificado (a) con CC: 33676330, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional 01800010303
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	Cédula	Unidad
PUPU MORENO MELISSA	1045725343	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	Pelainas		
10 08 20			X	X		X			X			
17 08 20			X	X		X			X			
12 08 20			X	X		X			X			
13 08 20			X	X		X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	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 Castro	1099299152	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	Pelainas		
07 08 20	X	X	X	X		X			X			
08 08 20	X	X	X	X		X			X			
10 08 20	X	X	X	X		X			X			
11 08 20	X	X	X	X		X			X			
12 08 20	X	X	X	X		X			X			
13 08 20	X	X	X	X		X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daniela Castro Identificado (a) con CC: 1099299152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Yoly Maza Romero	Cédula 101488587	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			
10 08 20	X			X									Yoly M
11 08 20													Yoly M
12 08 20	X	X		X		X						Toma de Pruebas covid	Yoly M
13 08 20	X			X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Maza Romero Identificado (a) con CC: 101488587, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Carranza Rodriguez Victor Manuel	Cédula 74.282.816	Unidad 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08 08 2020	X			X									Victor Manuel Carranza R.
10 08 2020	X			X									Victor Manuel Carranza R.
11 08 2020	X			X									Victor Manuel Carranza R.
12 08 2020	X			X		X						Pruebas de covid-19	Victor Manuel Carranza R.
13 08 2020	X			X									Victor Manuel Carranza R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 01800010303



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

Apellidos y Nombres Completos Angela Consuelo Tou Lara	Cédula 60449565	Unidad 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 08 20	X			X		X			X				Angela Tou
13 08 20	X			X		X			X				Angela Tou
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, Angela Tou Identificado (a) con CC: 60449565, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20				X					X				
11 08 20				X									
12 08 20				X									
13 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos GARCIA ARIAS DEISY JANETH	Cédula 53081059	Unidad MONQUIRA
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20				X									Deisy Garcia
11 08 20				X									Deisy Garcia
12 08 20				X									Deisy Garcia
13 08 20				X									Deisy Garcia
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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 y Nombres Completos SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	Cédula 1054682570	Unidad MONQUIRA
--	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20				X									Leidy Saenz
11 08 20				X									Leidy Saenz
12 08 20				X									Leidy Saenz
13 08 20				X									Leidy Saenz
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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
 Línea Correo 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 ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	Cédula 23783002	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	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20				X									Ana Peña
11 08 20				X									Ana Peña
12 08 20				X									Ana Peña
13 08 20				X									Ana Peña
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

	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	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 08 20				X									
11 08 20				X									
12 08 20				X									
13 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 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 y Nombres Completos FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	Cédula 23452508	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
--	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 8 2020	1			1		2				1		Flor Isabel Serrano
11 8 2020				1		2						Flor Isabel Serrano
12 8 2020				1	1	1					N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio	Flor Isabel Serrano
13 8 2020				1		2						Flor Isabel Serrano
CO MM AA												
CO MM AA												
CO 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 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
8 8 2020				1						1		Milder A Martinez
10 8 2020	1			1						1		Milder A Martinez
11 8 2020				1								Milder A Martinez
12 8 2020				1								Milder A Martinez
13 8 2020				1								Milder A Martinez
CO MM AA												
CO MM AA												
CO MM AA												

Yo, Milder Astrid Martinez Cambita 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.



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

Apellidos y Nombres Completos ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	Cédula 24080048	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
--	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
08/08/2020					1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>	
10/08/2020	1				1						1			<i>Alix Margarita Acevedo</i>
11/08/2020					1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
12/08/2020					1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
13/08/2020					1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos DEISY LILIANA ESTEVES	Cédula 1052020668	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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
08/08/2020					1								<i>Deisy Liliana Esteves</i>	
10/08/2020	1				1						1			<i>Deisy Liliana Esteves</i>
11/08/2020					1									<i>Deisy Liliana Esteves</i>
12/08/2020					1									<i>Deisy Liliana Esteves</i>
13/08/2020					1									<i>Deisy Liliana Esteves</i>
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800010303
VIGILADO



	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
10				1		2						<i>Maria Paula Campos</i>
11				1		1						<i>Maria Paula Campos</i>
12	1			1		2			1		uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400	<i>Maria Paula Campos</i>
13				1		2						<i>Maria Paula Campos</i>
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										

Yo, Maria Paula Campos Buitrago, identificado (a) con CC: 1140.868.607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Guerrero S. César Armando</u>			Cédula <u>1082774101</u>			Unidad <u>Com. Estupe. Med. Familiar.</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		
	Cefia	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
1	8	2020												
3	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
4	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
5	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
6	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
7	8	2020												
8	8	2020												
10	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
11	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
12	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
13	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
14	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
15	8	2020												
Yo, <u>César Armando Guerrero</u> identificado (a) con CC: <u>1082774101</u> Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.														

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos <u>Bustos Muñoz Sandra Consuelo</u>			Cédula <u>4044096</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		
	Cefia	Monopie de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
1	8	2020												
3	8	2020				X								<i>[Firma]</i>
4	8	2020												
5	8	2020												
6	8	2020												
7	8	2020												
8	8	2020												
10	8	2020												
11	8	2020												
12	8	2020				X								<i>[Firma]</i>
13	8	2020												<i>[Firma]</i>
14	8	2020												
15	8	2020												
Yo, <u>Sandra Consuelo Bustos</u> identificado (a) con CC: <u>40.44096</u> . Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.														

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 08000910332
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
Joly Carolina Rojas Herrera	40326034	Consulta Externa

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Poinas		
1 8 2020												
3 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit Consultorio 2	[Firma]
4 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
5 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
6 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
7 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2.	[Firma]
8 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2.	[Firma]
10 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
11 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
12 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
13 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
14 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]
15 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	Kit consultorio 2	[Firma]

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gomez Vein Duran Miguel	1121829779	Consulta Externa

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Poinas		
1 8 2020												
3 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
4 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
5 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
6 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
7 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
8 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
10 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
11 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
12 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
13 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
14 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]
15 8 2020	X	X		X	X	X			X		[Firma]	[Firma]

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

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 Jose Ramiro Ramirez	Cédula 86080094	Unidad Cons ext Psicología
---	---------------------------	--------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	Monogato 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													
3 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
4 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
5 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
6 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
11 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
12 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
13 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
14 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-	Consulta virtual		
15 8 2020													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Yuli Beltran Montes	Cédula 40218844	Unidad Ulen
---	---------------------------	-----------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	Monogato 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													<u>Yuli B.</u>
3 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
4 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
5 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
6 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
7 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
8 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
10 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
11 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
12 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
13 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
14 8 2020		X	X	X	X								<u>Yuli B.</u>
15 8 2020													<u>Yuli B.</u>

Yo, Yuli 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control 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 <u>Aura Roa</u>	Cédula <u>1.121.898.957</u>	Unidad <u>Admra</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				
10 08 18	X	X		X										
11 08 20	X	X		X										
12 08 20	X	X		X										
13 08 20	X	X		X										
14 08 20	X	X		X										
DD MM AA														

yo, Aura Milena Roa Identificado (a) con CC: 1.121.898.957 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Controladora Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Sandra Rey</u>	Cédula <u>39537576</u>	Unidad <u>VCI0</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 NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
1 8 2020													
3 8 2020	✓			✓									<i>Sandra Rey</i>
4 8 2020	✓			✓									<i>Sandra Rey</i>
5 8 2020													
6 8 2020	✓			✓									<i>Sandra Rey</i>
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020	✓			✓									<i>Sandra Rey</i>
11 8 2020													
12 8 2020													
13 8 2020													
14 8 2020													
15 8 2020													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Nan Puentes</u>	Cédula <u>1.010.182.835</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
---	--------------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
1 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
3 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
4 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
5 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
6 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
11 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
12 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
13 8 2020	✓			✓		✓			✓				<i>Nan Puentes</i>
14 8 2020													
15 8 2020													

Yo, Nan Puentes Identificado (a) con CC: 1.010.182.835. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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 Yamile Saboga	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monogato 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	/		/	/		/			/					
3 8 2020	/		/	/		/			/					
4 8 2020	/		/	/		/			/					
5 8 2020	/		/	/		/			/					
6 8 2020	/		/	/		/			/					
7 8 2020	/		/	/		/			/					
8 8 2020	/		/	/		/			/					
10 8 2020	/		/	/		/			/					
11 8 2020	/		/	/		/			/					
12 8 2020	/		/	/		/			/					
13 8 2020	/		/	/		/			/					
14 8 2020	/		/	/		/			/					
15 8 2020	/		/	/		/			/					

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

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

Apellidos y Nombres Completos Mara Emibe Navarro	Cédula 1121838406	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	
	Ceifa	Monogato 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														
3 8 2020														
4 8 2020	X			X										
5 8 2020	X			X										Manuel
6 8 2020	X			X					X					Marian N
7 8 2020	X			X					X					Manuel N
8 8 2020	X			X					X					Manuel N
10 8 2020	X			X					X					Manuel N
11 8 2020	X			X					X					Manuel N
12 8 2020	X			X					X					Manuel N
13 8 2020	X			X					X					Manuel N
14 8 2020	X			X					X					Manuel N
15 8 2020	X			X					X					Manuel N

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910383
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Diego Marquez Diego Jolo	Cédula 1107054334	Unidad Atención al Usuario. Av. Arma
--	-----------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 8 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
3 8 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
4 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
5 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
6 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
7 8 2020												
8 8 2020												
10 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
11 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
12 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
13 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
14 8 2020	L	L	L	L	0	0	0	0	0	0		Diego Barajas
15 8 2020												

Yo, Diego Barajas M identificado (a) con CC: 1107054334, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	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 Administrativa
---	-----------------------------	---------------------------------

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

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

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
 Unidad Ejecutora: Centro de Estudios y Referencia Epidemiológica D.C.
 Línea Central 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 Windy Garten	Cédula 1120865491	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 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
3 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
4 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
5 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
6 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
11 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
12 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
13 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
14 8 2020	/		/	/		/							[Firma]
15 8 2020													

Yo, Windy Garten Identificado (a) con CC: 1120865491, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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			
14 08 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													
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: 01800010303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Escobarde Guerrero</u>	Cédula <u>1121816223</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
12 08 19		X		X									
13 08 20				X								Corro	Escobarde G.
14 08 20				X								Corro	Escobarde G.
DD MM AA												Corro	Escobarde G.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Escobarde Guerrero V. Identificado (a) con CC: 1121816223, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Carolina Barbosa</u>	Cédula <u>1121833197</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
10 08 19				X									
11 08 20				X									Andrea Barbosa
12 08 20		X		X								Corro	Andrea Barbosa
13 08 20				X								Corro	Andrea Barbosa
14 08 20				X								Corro	Andrea Barbosa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Andrea Carolina Barbosa Ubeja Identificado (a) con CC: 1121833197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 <u>Gabriel Babilonia</u>	Cédula <u>106315205</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
---	----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias			
18 08 20				X									
19 08 20				X									
12 08 20		X		X								también se entregó gorro	
13 08 20				X								Gabriel Borro	
14 08 20				X								Borro	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gabriel Babilonia Identificado (a) con CC: 106315205, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Wilder Navas</u>	Cédula <u>1121872800</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias			
18 08 20				X									
19 08 20				X									
10 08 20		X		X								Borro	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Wilder Johán Navas Borja Identificado (a) con CC: 1121872800, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Ruiy Ruiz		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			
10 08 19				X									
11 08 19				X									
12 08 20		X		X								Corro	
13 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, _____ 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
Santana Montoya Jhoan	3.006.773.318	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20				X									Jhoan Santana M.
06 08 20		X		X									Jhoan Santana M.
10 08 20				X									Jhoan Santana
11 08 20				X									Jhoan Santana
13 08 20				X									Jhoan Santana
14 08 20				X									Jhoan Santana
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jhoan Sneider Santana Montoya Identificado (a) con CC: 3.006.773.318, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Antony Gutierrez y Luis Acosta	36.891.468	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20			X	X								se le dio tapabocas (Jersalud)	
06 08 20			/	X								JERSALUD le dio tapabocas	
10 08 20				X								JERSALUD le dio tapabocas	
11 08 20				X								JERSALUD le dio tapabocas	
12 08 20				X								JERSALUD le dio tapabocas	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Villalobos Acosta Dina Luz	4.122.123.786	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20				X									
06 08 20				X									
08 08 20				X									
10 08 20				X									
11 08 20				X									
13 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Dina Luz Villalobos Acosta Identificado (a) con CC: 4.122.123.786, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Galindo Parra Paola Andrea	1.421.859.254	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			
05 08 20				X									Paola G
06 08 20				X									Paola G
08 08 20				X									Paola G
10 08 20				X									Paola G
12 08 20				X									Paola G
13 08 20				X									Paola G
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Paola Andrea Galindo Parra, Identificado (a) con CC: 1.421.859.254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pera Mary Bascuelo M.	40185190	Vicio

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20				X									Mary Bascuelo
10 08 20				X									Mary Bascuelo
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, Pera Mary Bascuelo M., Identificado (a) con CC: 40185190, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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 <i>Diego Duarte Mejias</i>	Cédula <i>52929438</i>	Unidad <i>Gerencia - Adm. H.A.</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
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
05 08 20				X								<i>[Signature]</i>
16 08 20				X								
19 08 20				X								
15 08 20				X								
16 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diego Duarte Mejias Identificado (a) con CC: 52929438, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Sandra Palacios Penolera May</i>	Cédula <i>40330585</i>	Unidad <i>Plan - Adm.</i>
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
05 08 20				X								<i>[Signature]</i>
06 08 20				X								
10 08 20				X								
11 08 20				X								
13 08 20				X								
14 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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	Cédula	Unidad
Miguel Reina Monteros	1121853253	Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05/08/20		X		X								
11/08/20				X								
13/08/20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Palmo	10930019	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	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 07 20				X							X	mas goro	[Firma]
31 07 20				X							X		[Firma]
01 08 20				X							X		[Firma]
03 08 20				X							X		[Firma]
04 08 20				X							X		[Firma]
05 08 20				X							X		[Firma]
06 08 20				X							X		[Firma]
07 08 20				X							X		[Firma]
08 08 20				X							X		[Firma]
09 08 20				X							X		[Firma]
10 08 20				X							X		[Firma]
11 08 20				X							X		[Firma]
12 08 20				X							X		[Firma]
13 08 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Leydy Morales	109394033	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	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 08 20				X							X	mas goro	Leydy Morales
03 08 20				X							X		Leydy Morales
04 08 20				X							X		Leydy Morales
05 08 20				X							X		Leydy Morales
06 08 20				X							X		Leydy Morales
07 08 20				X							X		Leydy Morales T
08 08 20				X							X		Leydy Morales T
09 08 20				X							X		Leydy Morales T
10 08 20				X							X		Leydy Morales T
11 08 20				X							X		Leydy Morales T
12 08 20				X							X		Leydy Morales T
13 08 20				X							X		Leydy Morales T
20 08 20													
20 08 20													
20 08 20													

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

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 J12 Madrid	Cédula 1129321204	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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
06 08 20				X					X		
10 08 20				X					X		
11 08 20				X					X		
12 08 20				X					X		
13 08 20				X					X		
00 00 00											
00 00 00											
00 00 00											
00 00 00											
00 00 00											
00 00 00											
00 00 00											

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

	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 42920473	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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
30 07 20			X	X					X		Bono
31 07 20			X	X					X		
01 08 20			X	X					X		
03 08 20			X	X					X		
04 08 20			X	X					X		
05 08 20			X	X					X		
06 08 20			X	X					X		
10 08 20			X	X					X		
11 08 20			X	X					X		
12 08 20			X	X					X		
13 08 20			X	X					X		
00 00 00											

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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	Oficio 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. 606 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24. numeral 6, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (D/M/A)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1	8	2020	X	X					X			
3	8	2020	X	X					X			
4	8	2020	X	X					X			
5	8	2020	X	X					X			
6	8	2020	X	X					X			
10	8	2020	X	X					X			
11	8	2020	X	X					X			
12	8	2020	X	X					X			
13	8	2020	X	X					X			
14	8	2020										
18	8	2020										
19	8	2020										
20	8	2020										
21	8	2020										
22	8	2020										
24	8	2020										
25	8	2020										
26	8	2020										
27	8	2020										
28	8	2020										
31	8	2020										

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completo ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	Cédula 1121925239	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. 962 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AAAA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Correa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas MS5 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			
11 8 2020				X					X			
12 8 2020				X					X			
13 8 2020				X					X			
14 8 2020												
18 8 2020												
19 8 2020												
20 8 2020												
21 8 2020												
22 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020												
28 8 2020												
31 8 2020												

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

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 y Nombres Completos MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	Cédula 1121947473	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. 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, 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 IPS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 8 2020				X					X			Marly Garcia
3 8 2020				X					X			Marly Garcia
4 8 2020				X					X			Marly Garcia
5 8 2020				X					X			Marly Garcia
6 8 2020				X					X			Marly Garcia
10 8 2020				X					X			Marly Garcia
11 8 2020				X					X			Marly Garcia
12 8 2020				X					X			Marly Garcia
13 8 2020				X					X			Marly Garcia
14 8 2020												
18 8 2020												
19 8 2020												
20 8 2020												
21 8 2020												
22 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020												
28 8 2020												
31 8 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

Apellidos y Nombres Completos LILIANA FONSECA	Cédula 37 094 408	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 8 2020	X			X		X						
11 8 2020				X		X						
12 8 2020				X		X						
13 8 2020				X		X		X				
14 8 2020				X		X						

Yo, LILIANA FONSECA Identificado (a) con CC: 37 094 408, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETÓ a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	Cédula 1 121 914 029	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		
10 8 2020	X			X		X						
11 8 2020				X		X						
12 8 2020				X		X						
13 8 2020				X		X		X			JORNADA TOMA DE CCV	
14 8 2020				X		X						
15 8 2020				X		X						

Yo, ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ Identificado (a) con CC: 1 121 914 029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos CAROLINA TELLEZ	Cédula 1 098 719 395	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		
10 8 2020	X			X								
11 8 2020				X								
12 8 2020				X								

Yo, CAROLINA TELLEZ Identificado (a) con CC: 1 098 719 395, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 8 2020	X			X		X					X		
11 8 2020				X		X							
12 8 2020				X		X							
13 8 2020				X		X							
14 8 2020				X		X							
15 8 2020				X		X							

Yo, YADIRA TORO PINEDA Identificado (a) con CC: 1 122 130 462, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	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	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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 8 2020	X			X		X					X		
11 8 2020				X		X							
12 8 2020				X		X							
13 8 2020				X		X							
14 8 2020				X		X							
15 8 2020				X		X							

Yo, NOHORA ALEJANDRA PIRABAN Identificado (a) con CC: 1 122 120 131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JORGE CLAVIJO	79 958 924	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 8 2020				X		X							
11 8 2020				X		X							
12 8 2020				X		X			X				
13 8 2020				X		X							
14 8 2020				X		X							
15 8 2020				X		X							

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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
IMNA MENDIETA	52 045 168	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Mangaifa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas		
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						
15 8 2020				X		X						

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

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
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	Mangaifa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas		
10 8 2020				X		X			X			JAVIER
11 8 2020				X		X						JAVIER
12 8 2020				X		X						JAVIER
13 8 2020				X		X						JAVIER
14 8 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	40448789	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. 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	Monegata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
30 8 2020				X		X			X			
31 8 2020				X		X						
02 9 2020				X		X						
03 9 2020				X		X						
04 9 2020				X		X						

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

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 ALBA	1120364043	AUXILIAR DE ENFERMERIA

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. 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	Monegata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
30 8 2020				X		X			X			
31 8 2020				X		X						
02 9 2020				X		X						
03 9 2020				X		X						
04 9 2020				X		X						

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

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 DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	Cédula 1120498277	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	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 8 2020				X		X			X			DIEGO A B
11 8 2020				X		X			X			DIEGO A B
12 8 2020				X		X			X			DIEGO A B
13 8 2020				X		X			X			DIEGO A B
14 8 2020				X		X			X			DIEGO A B

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

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

Apellidos y Nombres Completos ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	Cédula 40449526	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	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 8 2020				X		X			X			AS
11 8 2020				X		X			X			AS
12 8 2020				X		X			X			AS
13 8 2020				X		X			X			AS
14 8 2020				X		X			X			AS

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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	Cédula	Unidad
HERNAN DARIO RAMOS	97611226	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. 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	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30/8/2020				X		X			X			Hernan Ramos
12/9/2020				X		X						Hernan Ramos
12/8/2020				X		X						Hernan Ramos
13/8/2020				X		X						Hernan Ramos
14/8/2020				X		X						Hernan Ramos

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	40446687	ADMINISTRATIVO

Conforme a la 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. 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	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10/8/2020				X		X			X			Luz Esperanza Guerrero
11/8/2020				X		X						Luz Esperanza Guerrero
15/8/2020				X		X						Luz Esperanza Guerrero
13/8/2020				X		X						Luz Esperanza Guerrero
14/8/2020				X		X						Luz Esperanza Guerrero

Yo, Luz Esperanza Guerrero Identificado (a) con CC: 40446687, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
10 8 2020				X		X			X			
11 8 2020				X		X						
12 8 2020				X		X						
13 8 2020				X		X						
14 8 2020				X		X						

Yo, Marian Castro Seltran 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.

4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Hernandez Ivan Dario	1053538208-9	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
29 07 20					1				1			
03 08 20				1	1							
04 08 20				1								
05 08 20				1					1			
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								

Yo, Ivan Dario Hernandez identificado (a) con CC: 1053538208-9. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Linibeth Cruz	Cédula 52929326.	Unidad Medicina 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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de Nylon	Bata desechable	Polainas				
01 07 20				1	1									
08 07 20				1	1									
15 07 20				1										
22 07 20				1	1									
29 07 20				1	1									
03 08 20	1			1	1									
08 08 20	1			1	1									

Yo, Linibeth Cruz Identificado (a) con CC: 52929326 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Vivian Jarez	Cédula 2118.537.038	Unidad Med. Interna/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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de Nylon	Bata desechable	Polainas				
06 07 20	1			1	1									
09 07 20	3			3										
13 07 20	4			4	1									
22 07 20	2			2	1									
28 07 20	2			1	1									
03 08 20	1			1										
08 08 20	1			1										
08 08 20	1			1	1									
10 08 20	1			1	1									
11 08 20	1			1										
13 08 20	1			1	1									

Yo, Vivian Jarez Identificado (a) con CC: 2118.537.038 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellido y Nombre Completo: Kelly Ruiz CC: 1010201040 Oficina: Med. General / Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monografía de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
06 07 20	6			6	1							Vampuz
13 07 20	5			5	1							Vampuz
22 07 20	2			5	1							Vampuz
27 07 20	6			6	1							Vampuz
03 08 20	1			1	1							Vampuz
04 08 20				1								Vampuz
05 08 20				1								Vampuz
06 08 20				1								Vampuz
10 08 20				1	1							Vampuz
11 08 20				1								Vampuz
12 08 20				1								Vampuz
13 08 20				1								Vampuz

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

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

Apellido y Nombre Completo: Kelly Vanessa Ruiz CC: 1010201040 Oficina: Medico General / Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monografía de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
11 08 20				1								Vampuz

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.

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 Cesar Duarte	NUMERO DE C.C. 1047 438 183	DEPARTAMENTO Y UNIDAD Med. General / Asistencia
--	---------------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Capota	Monocapa de seguridad	Cureta desechable	Tapasocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas	Observaciones	Firma
06 07 20	6			6	1							<i>Cesar</i>
13 07 20	5			5	1							<i>uni</i>
22 07 20				5	1							<i>uni</i>
27 07 20	6			6	1							<i>uni</i>
03 08 20	1			1	1							<i>uni</i>
04 08 20				1								<i>uni</i>
05 08 20				1								<i>uni</i>
06 08 20				1								<i>uni</i>
10 08 20				1	1							<i>uni</i>
11 08 20				1								<i>uni</i>
12 08 20				1								<i>uni</i>
13 08 20				1								<i>uni</i>

Yo, Cesar Duarte Identificado (a) con CC: 1047 438 183. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Cesar Duarte Santos
1047 438 183
Medico General /Asistencia/

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14	08	20				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.

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

Harold Perararaldi
8455111
Med. General /Asistencia/

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
06	07	20	5			5	1								
13	07	20	6			6	1								
122	07	20				6	1								
27	07	20	5			5	1								
03	08	20				1	1								
04	08	20				1									
05	08	20				1									
06	08	20				1									
10	08	20				1									
11	08	20				1									
12	08	20				1									
13	08	20				1									

Yo, Harold Perararaldi, identificado (a) con CC: 8455111, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
Harold Guillermo Penaranda	84455111	Medio 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)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Mongetas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20				1								
15 08 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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
Henry Dario Cua	9432965	Med: 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)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Mongetas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07 07 20	5			5	1							
13 07 20	6			6	1							
21 07 20				4	1							
27 07 20	5			5	1							
03 08 20	1			1	1							
04 08 20	1			1								
05 08 20				1								
08 08 20				1								
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								
13 08 20				1								

Yo, Henry Dario Cua identificado (a) con CC: 9432965, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Línea Central 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 Henry Dario Uca	Cédula 9432965	Unidad Medico General / Asistencia I
---	--------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
			Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14	08	20				1								
15	08	20				1								

Yo, **Henry Dario Uca** Identificado (a) con CC: **9432965** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Vanessa Charfis	Cédula 1080015590	Unidad Asistencia Jefe P&P
---	-----------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
			Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06	07	20				6	2							
07	07	20								1				
13	07	20				5	1							
16	07	20									2			
22	07	20				5	1							
27	07	20				5	1							
30	07	20									1			
01	08	20												
03	08	20				1								
04	08	20				1								
05	08	20				1								
06	08	20				1								

Yo, **Vanessa Charfis** Identificado (a) con CC: **1080015590** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos Vanessa Charis	CC 1080015590	Unidad Asistencial / JEFE PIP
---	------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pósters				
10 08 20				1										Charis Charis Charis Charis Charis
11 08 20				1										
12 08 20				1										
13 08 20				1										
14 08 20				1										

Yo, Vanessa Charis Identificado (a) con CC: 1080015590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Yorz Socha Barreto	CC 1118574733	Unidad Administrativo
---	------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pósters					
30 07 20	1			3					1					Bata reutilizable - aretado	
30 07 20			X	1											
08 07 20				1										Careta reutilizable	
03 08 20				1											
04 08 20				1											
05 08 20				1											
06 08 20				1											
08 08 20				1											
10 08 20				1											
11 08 20				1											
12 08 20				1											
13 08 20				1											

Yo, Yorz Socha Barreto Identificado (a) con CC: 1118574733, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0200019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Noa Sacha Burreto	Cédula 1.118.574.733	UNIDAD Tec. Sistemas / 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	Monogata de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
14	08	20				1									
15	08	20				1									

Yo, Noa Sacha Burreto 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

Apellidos y Nombres Completos Oscar Jimenez	Cédula 1054090740	UNIDAD Psicología / Asistencial
--	----------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
			Cofia	Monogata de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
08	07	20				3								
13	07	20	6			6	1							
22	07	20				5	1							
27	07	20	6			6	1							
03	08	20	1			1	1							
04	08	20				1								
05	08	20				1	1							
06	08	20				1								
10	08	20				1	1							
11	08	20				1								
12	08	20				1								
13	08	20				1								

Yo, Oscar Jimenez Identificado (a) con CC: 1054090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos Natalia Cedrel	CEDULA 1.118.570.378	Unidad Asistencia 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	Monogüa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
10 07 20	6			3										
21 07 20				6										
27 07 20	6			6										
03 08 20	1			1										
04 08 20	1			1										
05 08 20	1			1										
06 08 20	1			1										
10 08 20				1										
11 08 20				1										
12 08 20				1										
13 08 20				1										
14 08 20				1										

Yo, Natalia Cedrel 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 María Natalia Cedrel	CEDULA 1.118.570.378	Unidad Ase. Emergencia / Asistencia I
--	--------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogüa 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				1										

Yo, Natalia Cedrel Cedrel 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 Milbany Sarmiento Sanabria.	CÉDULA 47440972	Unidad Apothecary
---	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20				1									Milbany Sarmiento
03 08 20				1									Milbany
04 08 20				1									Milbany
05 08 20				1									Milbany
06 08 20				1									Milbany
10 08 20				1									Milbany
11 08 20				1									Milbany
12 08 20				1									Milbany
13 08 20				1									Milbany
14 08 20				1									Milbany

Yo, Milbany Sarmiento Sanabria (identificado (a) con CC: 47440972), Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Johana Rincon Novoa.	CÉDULA 1.118.533.308	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 20				2									Johana Rincon
03 08 20				1									Johana Rincon
04 08 20				1									Johana Rincon
05 08 20				1									Johana Rincon
06 08 20				1									Johana Rincon
10 08 20				1									Johana Rincon
11 08 20				1									Johana Rincon
12 08 20				1									Johana Rincon

Yo, Johana Rincon Novoa (identificado (a) con CC: 1.118.533.308), Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres completos Arlyn Ramirez	Cédula 1.118.553.056	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
01 08 20				1										Arlyn Ramirez
03 08 20				1										
04 08 20				1										
05 08 20				1										
06 08 20				1										
10 08 20				1										
11 08 20				1										
12 08 20				1										
13 08 20				1										
14 08 20				1										

Yo, Arlyn Ramirez Identificado (a) con CC: 1.118.553.056, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres completos Esneider Mantos	Cédula 17953.025	Unidad Cinecología/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	Pelatinas			
01 07 20					1					1			Esneider Mantos
02 07 20										1			
08 07 20	1			1	1					1			
09 07 20										1			
15 07 20				1	1					1			
22 07 20				1	1					1			
29 07 20				1	1					1			
04 08 20	1			1	1					1			
06 08 20	1			1	1					1			
10 08 20				1	1					1			


Yo, Esneider Mantos Identificado (a) con CC: 17953.025, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000190303
VIGILADO



5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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	CALIFICACION 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			
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	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
(Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)				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
13/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS	ASISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

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			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede 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				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran. x				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.) x				
12	Utiliza calzado cerrado x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres) x				
14	Las 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		15	0		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			

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



INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FIG 00037

Versión: 1

04-18

1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEBY LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marque con una (x) equa a la calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		este no uso de monogafas uso de protección respiratoria con visera
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	medica labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	medica labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			al ingreso y salida uso de tapabocas diferencial al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individual aseo).	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 requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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 polvos tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	medica labor administrativa

TOTAL	11	1	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%			0% - 80%	NÓ CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SÓBRESALIENTE





INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

F(GD)003
Versión: 1
oct-18
1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13/07/2020	DEBY LILIANA ESTEVES	ADMINISTRATIVA	DEBY LILIANA ESTEVES

Calificación del estado: M: Marcar con una (x) igual a su calificación en: 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, gorro/gafa y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m 500 con filtro mh00
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			sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (joder 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 tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (pañuelos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias.	x			
15	Al ingresar a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (paros, Calzado adecuado en casos específicos positivos tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			x	

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

PUNTAJE	
0% - 60%	NO CUMPLIDO
60% - 80%	ACEPTABLE
80% - 100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 0800910332
Línea Correo Nacional: 0800910332



	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
13/08/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	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 Y 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 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 (bata, 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



	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
11/08/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	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 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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/08/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	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 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	JEFE DE ENFERMERÍA

TOTAL	14			PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				100%	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
11/08/2020	DEI SY VARGA S	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	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 (bata, 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%	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
12/08/2020	SERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	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 (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
10/08/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de 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
11/08/2020	LEIDY RUTH GAITAN	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	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	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



	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
11/08/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMO SO	CAROLINA HERNANDEZ H

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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los 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	
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
		ocl-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13/08/2020	SEBASTIAN RIVERA	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 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
12/08/2020	ELIDA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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 (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 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 prácticas de seguridad)			X	MEDICO

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
13/08/2020	ALEXANDER HERRERA	CONSULTA EXTERNA \$OGAMOSO	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 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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13 Agosto 2020	Osvaldo Gutierrez	Química	Diana Aceño

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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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
		PÁG. 1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13 Agosto 2020	Lenin Rodriguez	Oitarna	Diana Acosta

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 lockers
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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
 Linea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13 Agosto 2020	Lina Araque	Sistema	Diana Acosta

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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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
 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
13 Agosto 2020	Nancy Magallón	Dutama	Diana Aguirre


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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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
13 Agosto 2020	Sonia Pira	Outama	Diana Acen

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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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, 0100019033
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
13 Agosto 2020	Maicol Velazco	Quitarana	Diana Arango


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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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 Ejecutora de Atención Primaria
 Línea Control Nacional: 0200019033
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
13 Agosto 2020	Lina Zabala	Outama	Diana Acero


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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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	
PROPORCION 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: 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
13 Agosto 2020	Alejandra Pinzon	Duitama	Diana Acevedo

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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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: 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
13 Agosto 2020	Hidaly Triana	Oufama	Diana Acero

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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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	
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
18 Agosto 2020	Diana Cercado	Défensa	Diana Areño


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				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 Atención al Ciudadano: 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
13 Agosto 2020	Diana Acero	Défensa	Nancy Mosalón

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 locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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
13/08/2020	Melissa Rizo Mora	Asistencia	

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

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

TOTAL				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
B/08/2020	Daniela Buitra	Asistencial	Daniela B.

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
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333
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
11/08/2020	Yuly Muñoz	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		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 018000910302
 018000910302
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
11/08/2020	Victor Carranza	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).	X			
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)				
14	Las 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



	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
13/08/2020	Angela Toro	Farmacía	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

	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
11-08-20	Yuly 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.	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 que se entregan 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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
11-08-2020	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.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los EPP que se les entregan 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 (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
11-08-2020	Maria Navato	Asistencial	JMOCA SUATANCA

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	74	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	760%			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
17-08-2020	Ivan Ruedes	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
		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
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
11-08-2020	Yumile Sabogal	Asistencia	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			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	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
11-08-2020	Omar Avila	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			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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



	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
11-08-2020	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.	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			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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



	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
11-08-2020	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.	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	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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-08-2020	Sandra Peñalosa	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
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.	✓			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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 INSPECCIÓN
11-08-2020	Paola Galindo	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			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
4-08-2020	Dina Villalobos	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			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-08-2020	July Rojas	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			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-08-2020	Cesar Guerrero	Asistencial	Jhonn 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 practicas de seguridad)			X	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-08-2020	Jovana Cardoza	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			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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)			

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 INSPECCIÓN
12-08-2020	Darwin 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.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-08-2020	Carolina Barbosa	Asistencial	Jhovan 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
		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	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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-08-2020	Ruby Ruiz	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 DESDECUABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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 INSPECCIÓN
11-08-2020	Aura Roa	Administrativo	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			Cuenta con los EPP suficientes
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los 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 (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, 010001910002
VIGILADO




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	
13/08/2020		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	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
13/08/2020		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 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	




		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	
13/08/2020		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 pueden generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
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	
13/08/2020		LIZ MADRID		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
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
14/8/2020	OLINDA MURILLO	LÍNEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores 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	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
14/8/2020	DIANA SANCHEZ ALBA	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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
14/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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
14/8/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores 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	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
14/8/2020		DIEGO BARON		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
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
16/7/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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



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
13/08/2020	ANA IRIS VARGAS	AMBIENTE FISICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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			USO DE GUANTES SEGÚN AREA DESINFECTAR
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			USO DE OBEROL ANTIFLUIDO
5	Evita utilizar los 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	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
13/08/2020	YADIRA TORO PINEDA	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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
13/08/2020	IMNA MENDIETA CONTRERAS	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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
13/08/2020	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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	
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
13/08/2020	LILIANA FONSECA	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	
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
12/08/2020	CAROLINA TELLEZ	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		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	
PROPORCIÓN 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
13/08/2020	CARLOS AUGUSTO CUELLAR	HIGIENISTA ORAL	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	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			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
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
13/08/2020	ZULI GONSALEZ	HIGIENISTA ORAL	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
12/08/2020		Kelly Yanessa 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	
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
		1DE1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
12/08/2020	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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
VIGILADO




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1DE1
FECHA		NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/08/2020		Karen Solano	Administrativo	Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.			X	Jefe de calidad
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	
TOTAL		14	10	5	
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			FIGTH027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
11/08/2020		Yorz Socha		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de sistemas		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recojido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	0	6	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTHJ027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
11/08/2020		Arlqn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
10/08/2020	Milbany Sarmiento	Asistencial	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				



FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/08/2020		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	

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



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/08/2020		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 recojido (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
		1DE1

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11/08/2020	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 recoquido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Lima, Correo Electrónico: 0180001910333
VIGILADO



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/08/2020		Yanesa 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 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		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	

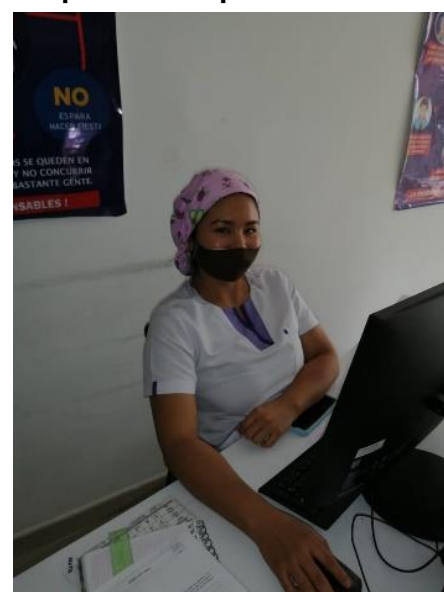
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



F(TH)027		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
Versión: 1					
oct-18					
1DE1					
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
11/08/2020	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	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80% NO CUMPLIDO
					80% - 94% ACEPTABLE
					95% - 100% SOBRESALIENTE



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal





6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
6/08/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C EXT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
06/08/20	Anderson Cede	Act. Adm	C. Gen	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson
06/08/20	Juan Jose	Aux ADM	ADM	N	N	36.4	N	N	N	N	N	Juan Jose
6/8/20	Juan Fonseca	Psico log	C. Gen	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
6/8/20	Sur Gil	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Sur Gil
6/8/20	Rob Lam	MD	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Rob Lam
6/08/20	Juan Carlos	M.D.	C EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos
06/08/20	José María	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	José María
06/08/20	Juan Jose	Aux ADM	ADM	N	N	35.4	N	N	N	N	N	Juan Jose
08/08/20	Jennifer Matus	TS	AS	N	N	36.3	N	N	N	N	N	Jennifer
8/8/20	Juan Fonseca	Psicólogo	C. Gen	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
8/8/20	Abel Durán	MD	C EXT	N	N	35.8	N	N	N	N	N	Abel
08/08/20	Giulio Rio	Medico	C Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Giulio
08-08-20	Andrea Zipp	Aux Admin	Admin CE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
08/08/20	Edith Plan	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Edith
8/8/20	Yoly Cualla	Enfermera	C Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly
8/8/20	Sandra Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Sandra
08-08-20	Debra de Montoya	MD Gen	C Ext	N	N	36	NO	NO	NO	NO	SI	Debra
08-08-20	Debra de Montoya	MD Gen	C Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Debra

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
06/08/20	Neily Calvo	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Neily
07/08/20	Ryana Guerrero	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
07/08/20	Johana Vargas	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
08/08/20	Johana Vargas	Aux. farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
08/08/20	Ryana Guerrero	Aux Farmacia	ASIS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
07/08/20	Maria Cecilia Sep	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
8/08/20	Maria Cecilia Sep	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
10/08/20	Maria Cecilia Sep	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
10/08/20	Johana Vargas	Aux. farmacia	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
10/08/20	Ryana G	Aux. Farmacia	ASIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
10/08/20	Neily Calvo	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	Neily
11-08-20	Ryana G	Aux Farmacia	ASIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
11-08-20	Neily Calvo	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	Neily
11/08/20	Johana Vargas	Aux farmacia	Asist.	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
11/08/20	Nory Espitia	Aux Farmacia	Asist.	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	Nory
11/08/20	Maria Cecilia Sep	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
12/08/20	Maria Cecilia Sep	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea de Consulta Normativa: 018000910302

VIGILADO



(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiñeja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
	Isabella Rojas	Aux. Sideral	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Joel Durán	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Isabel Ylanis	MD	cesta	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Estelind Ximo	MD	C. Ext	N	N	36.8	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Alonso Alvarado	Aux. ADM	ADM	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Yolaly Ovalle	Enfermer	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Juan Ponsac	Psicología	C. Ext	N	N	35.6	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Jennifer Mata	T-S	A-S	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10-08-20	Patricia P.	Admin	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10-08-20	Solmayra Belarú	Enfermera	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10-08-20	Luz Marina Mojica	Medico	e. exte	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Diana A. Ruy	ADM	ADM	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10/08/20	Yolaly Ovalle	C. Ext	Enferm	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10/08/20	Cecilia Berroa	C. Ext	MD	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10/08/20	Guillermo Ruiz	C. Ext	MD	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08/08/20	Sandra Torres	C. Ext	Medic	N	N	35.9	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10/08/20	Sandra H. Nieto	C. Ext	ADM	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	N

(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiñeja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
10-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	N	N	35.9	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10-08-20	Doña Mariocela	Aux. ADM	ADM	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10-08-20	Estelinda Gutiérrez	Analista SST	Admin	N	N	35.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
0-08-20	Mario Galo Rojas	Aux. Admin	Admin	N	N	36	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Doña Mariocela	Aux. ADM	ADM	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Estelinda Gutiérrez	Analista SST	Admin	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Juan Higueras	Ingen. Sig. Te	Admin	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Mario Galo Rojas	Aux. Admin	Admin	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Cecilia Rodríguez	Aux. Colabor	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Nubia Urbina	Coord. Sede	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Estelinda Gutiérrez	Analista SST	Admin	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08-20	Estelinda Gutiérrez	Analista SST	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
12-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	N
12-08-20	Doña Mariocela	Aux. ADM	ADM	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	N	N
12-08-20	Juan Higueras	Ingen. Sig. Te	Admin	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11-08/20	Blanca N. Vargas	Coord. sede	C. Ext	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	N

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800010333
Línea Correo Electrónico: 01800010333

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISCA0003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oleofagia	Fatiga y Adinamia			
10-8/20	Juan Fonseca	psicólogo	C. Ext	No	No	34.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	María Pedraza	Nutricionista	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	Andrea Z. Pa	Aux. Adm	Admince	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	Monica Flores	Medico	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/8/20	Juan Carlos	MB	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/08/20	Luz Marina	Medico	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/8/20	Joel D	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/8/20	Gerardo Gonzalez	Medico	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/08/20	José P. Flores	Medico	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/08/20	Claudia	Medico	C. Ext	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/8/20	Claudia	Medico	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-8-20	Alvaro Rojas	Aux. S. Generales	C. Ext	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	Benjamin	Aux. Adm	Admince	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	Diana Ibañez	Aprendiz	C. Ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-8-20	Juan Fonseca	Psicólogo	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	Jose C. Moh	Medico	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	Alvaro	MO	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10-08-20	María P. Pato	Aux. Adm	Admince	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/08/20	Isabel Flores	Medico	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/8/20	Gerardo	Medico	C. Ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
10/8/20	José Cayula	Medico	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISCA0003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oleofagia	Fatiga y Adinamia			
11/08/20	Jennifer Mateus	T-S	A.S.	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	Jennifer M
11-08-20	Diana Ibañez	Aprendiz	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Diana I
11/08/20	Gilmar	Medico	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Julma Belarce	Enfermera	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Luz Marina Rojas	Medico	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08	Claudia Barrios	Medico	C. Ext	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08	Anderson	Aux. Adm	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08	Anderson	Medico	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08	María Pedraza	Nutricionista	C. Ext	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Andrea Z. Pa	Aux. Adm	Admince	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Anderson	MB	C. Ext	No	No		No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/8/20	Joel Duran	MD	C. Ext	No	No	39.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Jose C. Moh	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	José P. Flores	Medico	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Diana Ibañez	Aprendiz	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Anderson	Aux. Adm	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Adm	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
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)									¿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	Olorología	Fatiga y Adrenia				
11/08/20	DIEGO ABOYOT	Aux ADOT	NOM	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	(S)
11/08/20	Andrés Melo	Aux enf	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/08/20	Leidy Jimenez	Aux. adm.	odont.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/08/20	Soledad Melo	Médico	CEX	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/08/20	John Gu	MD	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/8/20	Joel Duran	MD	CEXT	NO	N	36.7	N	N	N	N	N	N	N	(S)
11/8/20	Carolina Guay	Médico	C.EXT	NO	NO	36.6	N	N	N	N	N	N	N	(S)
11/08/20	Juan Carlos Guay	M.D	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/08/20	Diego Melo	MD	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-08-20	Soledad Melo	Aux enf	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Kenner Matos	T.S	A.S	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-08-20	María Rodríguez	Adm	CE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Zulma Becerra	Enfermera	C/Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Luz Hoyos	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08	Claudio Benavente	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/2/20	Gilmar	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)

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)									¿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	Olorología	Fatiga y Adrenia				
12-08-20	Anderson Ceca	Aux. Adm.	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-8-20	Yoly Gilzalle	Enferm	C.EXT	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-8-20	Julián Moreno	Farmacé	Farmacé	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Leonora Torres	Médico	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/8/20	Juan Fonseca	Psicólogo	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin CE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-8-20	Fran Gilzalle	Médico	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
2/08/20	John J. G.	Médico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Monica F	Hed	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/8/20	Geison Comat	Médico	P.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Soledad Melo	Médico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/8/20	Joel Duran	MD	C.EXT	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	N	(S)
12-8-20	Wendy Lopez	Aux. Adm.	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/8/20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12/08/20	Soledad Melo	Aux. enf	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-08-20	Claudia R	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
12-8-20	Juan Fonseca	psicólogo	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800091033
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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefago	Fatiga y Adormi				
12-08-20	Andrés Jairo	Dir. Adm	C. Rend	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés J	
12/8/20	Gerson Gomez	Mestizo	C. Exo.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson S	
12/08/20	John Leon	MD	C. Eo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John L	
12-08-20	Joel Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel D	
12/08/20	John Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John D	
12/08/20	Andrés Zepeda	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Z	
12/08/20	Julio Galea	M.D	C. EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julio G	
12-08-20	Patricia R.	Aux Ad	C. EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia R	
13-08-20	Bianca Nubia V	C. Externa	Coord.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bianca N	
13/08/20	Jennifer Rojas	Ases TS	As.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer R	
13/08/20	Luz Mylen	Aux Ad	C. EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz M	
13/08/20	Luz Mylen	Medico	C. EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz M	
13-08-20	Diana Ibáñez	Aprentiz	C. EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I	
13-08-20	Claudia R	Aux calidad	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R	
13-08-20	Zulma Belarain	Enfermera	C/Externa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zulma B	
13-08-20	Claudia Benes	MD	C. EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia B	

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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefago	Fatiga y Adormi				
12-08-20	Mario Pablo Lopez	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario L	
12-08-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R	
12-08-20	Daniela Suarez	Administr	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S	
13-08-20	Albana Esten	Analista ISI	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Albana E	
13-08-20	Juan Herrera	Ingen Sup:it	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan H	
13-08-20	Mario Pablo Lopez	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario L	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 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	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?		
12/08/20	Johana Vargas	Aux. farmacia	Asist.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana	
12/08/20	Ryuna Garcia	Aux. Farmacia	ASIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ryuna	
12-08-20	Nery Espitia C	Aux. Farmacia	Asist.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nery E.	
13-08-20	Julian More	Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julian	
13-08-20	Monica Cecilia Sepu	farmacia	Asist.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica	
13-08-20	Nery Espitia A	Aux. farmacia	Asist.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nery Esp	
13-08-20	NEILY CALVO	Aux. farmacia	Asisten.	NO	NO	36.3 C	NO	NO	NO	NO	NO	Neily Calvo	
13/08/20	Johana Vargas	Aux. farmacia	Asist.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Johana V	
13/08/20	Ryuna Garcia	Aux. Farmacia	ASIST.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ryuna	

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 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?		
13/08	Sandra Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
13-8-20	Juan Joseca	Psicologo	Gen	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Juan	
13-08-20	Andrés Salcedo	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés	
13-08-20	Andrés Sepu	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés	
13/08/20	Diego	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diego	
13-08-20	Sara Galán	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sara	
13/08/20	Monica Flores	Med	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Monica	
13/8/20	Geel Duran	MD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	Geel	
13/8/20	Gerson Gomez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson	
13/08/20	Juan Joseca	Psicologo	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juan	
13/08/20	Lucy Fedra	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Lucy	
13/08/20	Monica Lopez	Aux. Farmacia	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Monica	

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



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres - Apellidos del Trabajador	Cargo	Áreas de Desempeño	Está constantemente medicado con antibióticos o corticosteroides	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por nuevo contacto	Verificar seropatología (Marcar con una X los valores que apliquen)						Firma del Analista
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de boca	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	
13/08/20	Diana Acero	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A. RUFFEL
13/08/20	Sonia Piro	Aux. farmacia	Asistencia	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
13/08/20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres - Apellidos del Trabajador	Cargo	Áreas de Desempeño	Está constantemente medicado con antibióticos o corticosteroides	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por nuevo contacto	Verificar seropatología (Marcar con una X los valores que apliquen)						Firma del Analista
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de boca	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	
13/08/20	Sonia Piro	Aux. farmacia	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	RUFFEL
13/08/20	Diana Acero	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
13/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
13-8-20	Diana CECARD	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	DANAC
13-8-20	Lina Prieto	AUX ADM	ADM	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	
13-8-20	Nancy Mogueli	Medico	Asist	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	RUFFEL
13-8-20	Miguel Wilton	As P farmacia	Asist	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
13-08-20	Jana Jaldari	Roy F	Asst	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	RUFFEL
13-08-20	Luis Roldan	Medico	Asist	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	
13-8-20	Quinto Botero	Medico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	RUFFEL
13-08-20	Hidalys Tuaina	Aux Admin	Adm	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	RUFFEL

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES **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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondofagia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
12-08-20	Sonia Pina	Aux. Farmacia	Fisioterapia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
12-08-20	Hudaly Trana	Aux Admin	Admin.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
12-08-20	Sofia Chaparro	Aux Admin	Aprendiz	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
12-8-20	Lina Arango	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
12-08-20	Juan Rudy	Módulo	As. Hul	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
17-08-20	Mayra Velazquez	Aux Admin	Asist	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
12-08-20	Lina Zelada	Rec. Faja	Asist	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
12-08-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
12-08-20	Nancy Novali	Neon	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
	Alc												

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

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	Ondofagia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
11-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm.	Aprendiz	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
11-08-20	Hudaly Trana	Aux Admin.	Adm.	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
11-08-20	Sonia Pina	Aux. farmacia	Asisten	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
11-08-20	Diana Berardo	Aux Adm	Adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
11-08-20	Diana Arco	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>	
	Sonia P											<i>[Signature]</i>	
11/8/20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	<i>[Signature]</i>	

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



(Jersalud) Ericka DA

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 (en variables que aplique))									
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
12-08-20	Hidalys Triana	Aux. Admi	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08-20	Sonia Mabel Pina	Aux. farmacia	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
12-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Aprendiz	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
12-08-20	Diana Cejudo	Aux. Admi	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
12-08-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
12-08-20	Diary Pineda	Aux. Adm	Adm	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
12-08-20	Nancy Macollan	Medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
12-08-20	Nancy Melo	Aux. farm	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carla
12-08-20	Jana Zabala	Req. J.	Asi	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jana
12-08-20	Luis Pinzon	Medico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
12-08-20	Michelle Estrera	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Michelle
12-08-20	Alexandra Y	Aux. Ad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex

(Jersalud) Ericka DA

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 (en variables que aplique))									
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11-08-20	Lina Rivera	AUX. ADM	ADM	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Nancy Macollan	medico	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Miguel Beltrán	Aux. farm	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Jana Zabala	Req. Fac.	Asi	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jana
11-08-20	Sonia Pina	Aux. farmacia	Asisten.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Aprendiz	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Alexandra Pinzon	Aux. Admi	Admi	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
11-08-20	Hidalys Triana	Aux. Admi	Admi	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hidalys
11-08-20	Michelle Estrera	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Michelle
11-08-20	Sonia Pina	Aux. farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Diana Cejudo	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
11-08-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA

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



Enfermedad

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia			
10-8-20	Lina Acevedo	Asistenta	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10/08/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asistenta	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A.
10/08/20	Diana Caceres	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C.
10/08/20	Lina Zubeldia	Reg. F.	Asis	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10-8-20	Hidalys Trana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hidalys
10/8/20	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Asistenta	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
10/8/20	Nancy Mospellan	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
10/8/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
10-8-20	Gloria Arevalo	Coordinadora	Asist	SI	NO	35.4	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Gloria
10-8-20	Quilve Echeverri	Medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Quilve
10/08/20	Lina Mury	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10/08/20	Lina Mury	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina

Salud

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia			
10-8-20	Nancy Mospellan	Medico	Asist	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
10-8-20	Gloria Arevalo	Coordinadora	Asist	SI	NO	36.7	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Gloria
10-8-20	Lina Mury	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10-8-20	Lina Mury	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10-08-20	Sonia Pina	Asis. Financ	Asist	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
10/8/20	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
10/08/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asistenta	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
10/08/20	Diana Caceres	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
10/08/20	Lina Mury	Medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10/08/20	Lina Mury	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10/08	Lina Zubeldia	Reg. F.	Asis	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10/8	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Alejandra

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800010333
 Linea Correo Nacional: 01800010333
VIGILADO



(Jersalud) FIGA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Imrese

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	Ondezaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
06-08-20	Mayra Velasco	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	35.52	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mayra
06-08-20	Diana Carolina	Aux. Farmacia	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
06-08-20	Diana Acosta	Enfermera	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
06-08-20	Hedaly Triana	Aux. Admini	Admin.	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
06-08-20	Gloria Alvarez	coordinadora	Asist	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
06-08-20	Lina Arias	Aux. Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
06-08-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
06-08-20	Lina Acosta	Reg. Fiebre	Asist	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
06/08/2020	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Aprendiz	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
6/08/2020	Alejandra Pinzon	Aux. Admi	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
6/08/2020	Sonia Pinz.	Aux. farmacia	Asisten	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
06/08/20	Nancy Magallon	Medico	Asist	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
06/08/20	Kevin Padilla	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
6/08/20	Orlando Balcera	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando

(Jersalud) FIGA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Salud

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	Ondezaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
06-08-20	Nancy Magallon	Medico	Asist	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
06-08-20	Mayra Velasco	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.02	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mayra
6-8-20	Sofia Chaparro	Aux. Admin	Aprendiz	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
06-8-20	Hedaly Triana	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
06-08-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
06/08/20	Kevin Padilla	Medico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
06-08-20	Gloria Alvarez	coordinadora	Asist	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
06-08-20	Alexis Fuentes	Medico	Asist	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexis
6-8-20	Lina Arias	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
06/08/20	Diana P. Acosta	Enfermera	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
06/08/20	Diana Carado	Aux. Admin	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
06/8	Alejandra P	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



INGRESO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfnea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
08-08-20	SOFIA Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
08-08-20	Gloria Arredondo	coordinadora	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-08-20	Lina Zabala	Reg. Farma	Asiste.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-08-20	Nejandra Pinzon	Aux. Admin	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-8-20	Lina Arce	Aux. Adm	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-8-20	Kancy Mergalen	Med.	ASIST	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-8-20	Sonia Pina	Reg. Farma	ASISTEN	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfnea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
06-08	Diana Romero	Aux. Activo	Linea frente	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08	Lidia Gaitan	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Miguel A. Quintero	GUERRERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Daisy Carolina	Asistente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6-8-20	Ester Camilo	M. D	CCAT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6-8-20	Dany Vargas	AUX. enfermero	asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Alfonso	medico	CCAT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Sergio Cely	Regente	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-8	Sandra Makui	Aux. Activo	Linea frente	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-8-20	Silviana River	Medico	CCAT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-8-20	Elisavete	Medico	CCAT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
------------	--	---

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolife	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odirología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
8-8-20	Sandra Melara	Aux. Activo	L. Frente	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]
8-8-20	Danyela Duf	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	[Firma]
08-08-20	Orlando Galy	Reg. Farm.	Farmacia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	[Firma]
8-08-20	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencia	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
8/8/20	Robinson Rivas	Medico	Cent	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]
8-8-20	Cesar Cayula	Medico	Cent	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
08-08-20	Robinson Rivas	coord.	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
08-8	Luis Roldán G.	Aux Farmacia	Farmacia	No	No	35.1	No	No	No	No	No	[Firma]

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
------------	--	---

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolife	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odirología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11-08	Anna Rosero	Aux. Activo	Lina Frente	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08	Sandra Melara	Aux. Activo	Lina Frente	Si	No	35.3	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08	Danyela Duf	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.4	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	MILENA A. QUIROGA	ENFERMERA	Asistencia	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Robinson Rivas	coord.	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Sergio Galy	Regente	Farmacia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Cesar Cayula	Medico	Cent	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Robinson Rivas	coord.	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Luis Roldán G.	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.4	No	No	No	No	No	[Firma]
11-08-20	Robinson Rivas	Medico	Cent	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]
11-8-20	Elida Segura	Medico	Cent	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800909033
 Línea Correo Nacional: 0800909033
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 seronegatividad (Marcar con una X las variables que apliquen)									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	Odorología	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
13-08	Diego Romero	Ativo	línea frente	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
13-08	Dalyana Díaz	Aux Farma	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dalyana
13/08/2020	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
13/08/20	DEISY CAROLINA	Administrador	Admin.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DEISY
13-8-20	Esmer Carrillo	Medico	CENT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esmer
13-08-20	Sergio Esty	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
13-08-20	Alexandra Lora	Medico	CENT	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
13-08-20	Deisy Vargas	Aux. enfermeria	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
13-8	Sandra Malaver	Aux. Activo	Línea Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
13-8	Luis Roldán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
13-8-20	Yolanda	Sux. odontol	Sistema	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolanda
13-8-20	Elidun Deagras	Medico	C-EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elidun

	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 seronegatividad (Marcar con una X las variables que apliquen)									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	Odorología	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
12-Ago	Sandra Malaver	Aux. Activo	Línea Frente	SÍ	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
12-Ago	Diego Romero	Ativo	Línea Frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
12-Ago	Luis Roldán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	38.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
12-08	Paula Defina	Administrador	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
12/08/20	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
12-8-20	Esmer Carrillo	Medico	CENT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esmer
12-08-20	Alexandra Lora	Medico	CENT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
12-08-20	Sergio Esty	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
12-8-20	Liliana D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana
2-8-20	Elidun Deagras	Medico	CENT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elidun
12-8-20	Elidun Deagras	Medico	C-EXT	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elidun

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910333
VIGILADO



6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Chiquinquirá

Fecha	Nombre y apellidos del trabajador	Cargo	Actividad desempeñada	Evaluación de condiciones ambientales				Evaluación de condiciones físicas				Evaluación de salud	Firma del funcionario	
				Temperatura ambiente	Temperatura radiante	Temperatura de superficie	Temperatura de aire	Humedad	Velocidad del viento	Presión atmosférica	Nivel de ruido			
8/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	20	21	22	22	21	21	21	21	21	21	NO Shirley
8/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	20	21	22	22	21	21	21	21	21	21	NO Jennifer
8/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
8/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
8/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
8/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
8/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
10/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
11/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
11/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
11/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
11/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
11/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
11/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
11/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
12/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
12/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
12/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
12/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
12/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
12/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
12/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
30/08/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
30/08/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
30/08/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
30/08/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
30/08/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
30/08/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
30/08/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
30/08/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
30/08/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
30/08/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
30/08/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
30/08/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
30/08/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
30/08/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
8/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley

Superintendencia Nacional de Salud - Línea de Atención al Ciudadano: 01800010430

VIGILADO

Fecha	Nombre y apellidos del trabajador	Cargo	Actividad desempeñada	Evaluación de condiciones ambientales				Evaluación de condiciones físicas				Evaluación de salud	Firma del funcionario	
				Temperatura ambiente	Temperatura radiante	Temperatura de superficie	Temperatura de aire	Humedad	Velocidad del viento	Presión atmosférica	Nivel de ruido			
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
10/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
10/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Shirley
10/09/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Jennifer
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Milady
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Leidy
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Gloria
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Erika
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	NO Juliana



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FECHA 02/08/2020 PÁGINA 02 DE 02	
Fecha	Nombre Apellido del Trabajador	Cargo	Edu. Superior	Indicador ambiental y físico (verificar si los valores son iguales)								Firma del trabajador
				Está correctamente medicando, profilaxis o esterilizado	Ha tenido contacto directo con caso confirmado para aislamiento por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Tiene en casa?	
1/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
3/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
5/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
7/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
9/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
11/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
13/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
15/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
17/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
19/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
21/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
23/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
25/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
27/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba
29/08/2020	SAMBA LUCERO CASTELLANOS CACEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samba

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FECHA 02/08/2020 Versión 02 PÁGINA 02 DE 02	
Fecha	Nombre Apellido del Trabajador	Cargo	Edu. Superior	Indicador ambiental y físico (verificar si los valores son iguales)								Firma del trabajador
				Está correctamente medicando, profilaxis o esterilizado	Ha tenido contacto directo con caso confirmado para aislamiento por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Tiene en casa?	
4/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
5/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
6/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
7/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
8/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
9/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
10/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
11/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
12/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
13/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
14/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
15/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
16/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
17/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
18/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
19/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
20/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
21/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
22/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
23/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
24/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
25/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
26/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
27/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
28/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
29/08/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith

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



6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												FIGMA003
												Version 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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
07/08/20	Diana G	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/08/20	Diana G	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11/08/20	Diana G	Enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12/08/20	Diana G	Enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13/08/20	Diana G	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
												FIGMA003
												Version 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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
07-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	CE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
10-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	CE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
11-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	CE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
12-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	CE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
13-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	CE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica
 Calle Comercio Nacional, 010000190302
VIGILADO



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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o 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?		
07/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
07/08/20	Armando D.	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
10/08/20	Armando D.	Medico	C.E	No	No	35	No	No	No	No	No	No	
20/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
30/08/20	Armando D	Medico	C.E	No	No	36	No	No	No	No	No	No	

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
13/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
13/08/2020	Mery Camelo Suarez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01000010303
 Línea de Consulta Normativa: 01000010302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003	
											Version 2	
											May-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				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	Odeñeja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
10-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13-8-20	Fanny Carcedo	Aux Enferma Asistencial		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Guatemala

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003	
											Version 2	
											May-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				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	Odeñeja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
08-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08-2020	Victor Carranza	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 02433 3333
 Línea de Consulta Nacional: 02433 3333



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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
12-08	Angela Toro	Ax. Farm	Formación	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-08	Angela Toro	Ax Farm	Formación	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08	Angela Toro	Ax Farm	Formación	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08	Angela Toro	Ax Farm	Formación	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
07/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	[Firma]
07/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	[Firma]
08/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
08/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	[Firma]
10/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
10/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
11/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	[Firma]
12/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
12/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	[Firma]
13/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	[Firma]
13/08/20	Daniela C	Ax Enfermera	Asistencia	No	No	34.5	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio Nacional, 01000190302
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 antibióticos o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	OndeoLAG	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
10/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
10/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
10/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
11/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
12/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
12/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
13/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	SI	NO	Yoly Muñoz
13/08/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	SI	NO	Yoly Muñoz

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 antibióticos o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	OndeoLAG	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
10/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
10/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
11/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
11/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
12/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
12/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
13/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo
13/08/2020	Melina Pupo Moreno	Medico General	Consultorio 43	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melina Pupo

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



6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

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	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
10/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
10/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
10/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
10/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
10/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
10/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
10/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
10/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
10/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>
10/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>
11/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
11/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
11/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
11/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
11/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
11/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
11/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
11/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
11/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>
11/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>

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	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
12/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
12/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
12/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
12/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
12/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
12/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
12/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
12/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
12/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>
12/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>
13/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
13/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alex</i>
13/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
13/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sofia</i>
13/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
13/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula</i>
13/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
13/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy</i>
13/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>
13/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Milder</i>

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



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

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y apellidos del trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o esteroides?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolejo	Fatiga y Adinamia	¿Tratado en otro centro?	Firma del Encargado
13/08/20	Yenny Melano	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Yenny Melano
13/08/20	Leidy Jara	Aux admin	Admin	SI	NO	36.6	SI	NO	SI	NO	NO	Leidy Jara
13/08/20	Diana Villalobos	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Villalobos
13/08/20	Paola Gallardo	Farmacéutica	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Paola G.
13/08/20	Sandra Pitalosa	jefe de calliaba	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P.
13/08/20	Nancy Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy Duarte
13/08/20	Miguel Asica	tecnico de soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Asica
13/08/20	Fernanda Guerrero	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Fernanda G.
13/08/20	Samuel Ravelaria	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Samuel R.
13/08/20	Luz Ramirez	Asistente Físico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez
13/08/20	Ivan Puentes	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ivan Puentes
13/08/20	Yamile Saboya	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Saboya
13/08/20	Guar Avila	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Guar Avila
13/08/20	Carolina Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Gomez
13/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Sanchez
	Leidy Velazquez	medico general	Asistencial	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	Leidy Velazquez
	Johana Urego	asistente fisico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Urego

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y apellidos del trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o esteroides?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolejo	Fatiga y Adinamia	¿Tratado en otro centro?	Firma del Encargado
12/08/20	ES MARA DIX BUSTOS	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	ES MARA DIX BUSTOS
12/08/20	Ivan Romero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Ivan Romero
12/08/20	Yamile Saboya	medico general	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Saboya
12/08/20	Flor Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Castro
12/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Sanchez
13/08/20	Faby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Faby Ruiz
13/08/20	Carolina Barboza	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Barboza
13/08/20	Wilder Novoa	Regente Farm	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder Novoa
13/08/20	Merly Gomez	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Merly Gomez
13/08/20	Wilson Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Wilson Gutierrez
13/08/20	Yuli Betran	Aux admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli Betran
13/08/20	Darwin Gomez	medico general	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	SI	Darwin Gomez
13/08/20	July Rojas	medico general	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	July Rojas
13/08/20	Jovana Cordoba	medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana Cordoba
13/08/20	Patricia Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo
13/08/20	Cesar Guerrero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
13/08/20	Diego Acasagrega	Atencion al U	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Acasagrega
13/08/20	Marcela Morales	aux odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
13/08/20	Fior Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fior Castro
13/08/20	Amya Roca	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Amya Roca
13/08/20	Jose Romero	psicologo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	Jose Romero
13/08/20	Horica Gonzalez	Ginecologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Horica Gonzalez
13/08/20	Kerly Gutierrez	profesional salud ocupacional	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Kerly Gutierrez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800001030
 Línea de Atención al Usuario: 0800001030
VIGILADO



Jersalud											FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FISIA-001 Versión 2 Fecha: 10/08/2019	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o corticosteroides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre que o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario		
11/08/20	Omar Avila	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI			
11/08/20	Camila Gomez	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Antony Gutierrez	Guía	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Windy Gaitan	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Gabriel Bahiana	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Wilder Navas	Asistente farm	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	YURY Beltran	Aux Adminis	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Aura Roa	Aux adminis	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Diego Becerra	Atención al usuario	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Durwin Gomez	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI			
12/08/20	July Rojas	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI			
12/08/20	Johana Córdoba	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Marcia Murales	Aux odontología	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Camila Gomez	Odontología	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Maria Navarro	Aux enfermería	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Diana Villalobos	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Paola Galindo	Enfermera PYP	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Liliana Chaca	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO			
12/08/20	Mery Gomez	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			

Jersalud											FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FISIA-001 Versión 2 Fecha: 10/08/2019	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o corticosteroides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre que o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario		
11/08/20	Yury Beltran	Aux adminis	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Aura Roa	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Maria Navarro	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Diego Becerra	Atención al usuario	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Windy Gaitan	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Durwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI			
11/08/20	July Rojas	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI			
11/08/20	Johana Cordoba	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Flore Castro	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Marcia Murales	Aux odontología	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Lorena Estuba	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Liliana Chaca	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Sandra Pinillos	Jefe callado	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Diany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36	NO	NO	SI	NO	NO			
11/08/20	Paola Galindo	Enfermera PYP	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Diana Villalobos	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Mary Diana	Ing soporte técnico	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Luz Ramirez	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO			
11/08/20	Juan Puentes	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI			
11/08/20	JAMILÉ SANCAYAL	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar (bio)patología (Puede ser una X en varias de las siguientes)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	Está presentando medicación anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Falta y Adormecimiento	¿Trabaja en otro espacio?	Firma del Supervisor
10/08/20	Maria Banilla	Asistente T.M	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Jessica Cañan	Asistente Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Laura Pinto	Asistente SENA	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Karen Melo	Jefe Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Yamilé Sabagall	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/08/20	Ivan Romero	Medico general	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Marcela Morales	Aux odontología	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Flor Castro	odontología	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/08/20	Candela Gomez	odontología	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Josie Romero	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Paula Galindo	Enfermera AP	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Diana Villalobos	Aux enfermería	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Ruz Ramirez	Asistente físico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Mery Romero	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Liliana Chacón	Bacteriología	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Windy Saitas	Aux enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Judy Beltrán	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/08/20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/08/20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/08/20	Wilber Navarro	Asistente farmacia	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/08/20	Laura Pinto	Asistente SENA	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/08/20	Anny Gutierrez	Guarda	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar (bio)patología (Puede ser una X en varias de las siguientes)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	Está presentando medicación anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Falta y Adormecimiento	¿Trabaja en otro espacio?	Firma del Supervisor
06/08/20	Ruth Baquero	Jefe	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	GreCIA Tellez	Aux enfermería	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06/08/20	Marcela Morales	Aux odontología	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06/08/20	Patricia Comares	Asistente físico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Wilber Navarro	Asistente Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Gabriel Babilonia	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Serastian Falla	Aux adminis	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Diego Baquero	Atención al uso	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Miguel Gomez	Medico general	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/08/20	Juli Rojas	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
09/08/20	Jovana Cardenas	Medico general	Asistencia	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	León Guerrero	Medico general	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Maria Vazquez	Aux enfermería	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Aura Rosa	Aux adminis	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Laura Gonzalez	Medico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/08/20	Sandra Rey	Nutricionista	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Patricia Canavero	Asistente físico	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Diana Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Sandra Pineda	Jefe de calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/08/20	Pura Lopez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FORMA 003
											Versión 2
											mar-20
											1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	Verificar una vez al día (Mínimo con una R. de cada 4 días que se ejecuta)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con algo confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Aftamía	¿Trabaja en otra cabina?		
2020-08-10	SORCIA ALEJANDRA PERAZAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-10	YAZENA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-10	IRINA MENDOZA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	43,3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-10	JORGE ENRIQUE CLAVO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	25,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-10	CAROLINA TELLEZ	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-10	MARIALVA VELAZQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-10	ELIANA FORSCA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	30	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-11	MARICELA ALEJANDRA PERAZAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-11	YAZENA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-11	IRINA MENDOZA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	26,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-11	JORGE ENRIQUE CLAVO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	33,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-11	CAROLINA TELLEZ	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-11	MARIALVA VELAZQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-11	ELIANA FORSCA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	32,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-12	YAZENA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-12	IRINA MENDOZA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	31,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-12	JORGE ENRIQUE CLAVO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	33,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-12	CAROLINA TELLEZ	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	25,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-12	MARIALVA VELAZQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-12	ELIANA FORSCA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-13	SORCIA ALEJANDRA PERAZAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-13	YAZENA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-13	IRINA MENDOZA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	16,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

2020-08-13	JORGE ENRIQUE CLAVO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	33,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-13	IRIANA ESTRADA CANZOSO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-13	MARIALVA VELAZQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	31,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-13	ELIANA FORSCA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910332
VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

Jersalud												FIGA003 Versión 3 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
29-07-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
30-07-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
31-07-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
01-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
03-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
04-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
05-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
06-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
08-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
11-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
12-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval
13-08-20	Sandoval Pardo	enf	PYP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandoval

Jersalud												FIGA003 Versión 3 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
23-07-20	Liz Machado	Medico	consultorio 01	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
24-07-20	Liz Machado	Medico	Consultorio	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
27-07-20	Liz Machado	Medico	Consultorio 01	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
28-07-20	Liz Machado	Medico	Consultorio 01	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
29-07-20	Liz Machado	Medico	consultorio 01	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
30-07-20	Liz Machado	Medico	consultorio 01	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
31-07-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
03-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
04-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
05-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
06-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
10-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
11-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
12-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz
13-08-20	Liz Machado	Medico	consult 01	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liz

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Línea de Consulta Normativa: 018000910332
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGDA/003 Versión 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Esta 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 unidad?		
29-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
31-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
02-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
04-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
05-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
06-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
10-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
11-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Juan Lopez	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGDA/003 Versión 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Esta 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 unidad?		
01-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
03-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
04-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
05-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
06-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
10-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
11-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13-08-20	Lady Morales	Legante	farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												PISAA 003 Version: 2 Mar-20 1.05.1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Atención Clínica	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
01-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
03-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
04-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
05-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
06-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
10-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
11-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
12-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	
13-08-20	Gloria Baudiz	Amb. Anco	S. Salud	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Baudiz	

6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												PISAA 003 Version: 2 Mar-20 1.05.1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Atención Clínica	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-08-08	LUZ MARINA PEÑARAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-09	JANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-10	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	ROSELY CARVACHA	ODONTOLÓGICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	LUZ MARINA PEÑARAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	JANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	MARILEY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	ROSELY CARVACHA	ODONTOLÓGICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	MARITZA DIAZ GUZMAN	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-11	LUZ MARINA PEÑARAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-12	JANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-12	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-12	MARILEY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-12	ROSELY CARVACHA	ODONTOLÓGICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-13	LUZ MARINA PEÑARAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-13	JANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-13	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-13	MARILEY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-13	ROSELY CARVACHA	ODONTOLÓGICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-13	MARITZA DIAZ GUZMAN	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 01800091030



6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISIA003		
												Version: 1	abr-20	1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar al menos una (1) vez al día en cada turno									Firma del Funcionario	
				Está consumiendo mascarillas anti-aerolíquidas o equivalentes	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
11/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza	
11/8/2020	OLINDA MURIELLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda	
11/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana	
11/8/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A	
11/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan	
11/8/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maribel	
11/8/2020	ANDREA SAMIOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea	
11/8/2020	ALEJANDRA CARDEAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra C	
11/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.	
11/8/2020	JAVIER HERRERA	RESEPTA FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier H	
11/8/2020	SONIA BICHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bichorquez	
11/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISIA003		
												Version: 1	abr-20	1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar al menos una (1) vez al día en cada turno									Firma del Funcionario	
				Está consumiendo mascarillas anti-aerolíquidas o equivalentes	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
29/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza	
29/8/2020	OLINDA MURIELLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda	
29/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana	
29/8/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A	
29/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R	
29/8/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maribel	
29/8/2020	ANDREA SAMIOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea	
29/8/2020	ALEJANDRA CARDEAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra C	
29/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.	
29/8/2020	JAVIER HERRERA	RESEPTA FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier H	
29/8/2020	SONIA BICHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bichorquez	
29/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia	

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si el trabajador (Marcar con una X las variables que aplica)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en sala aislada?		
12/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza Guerrero	
12/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda Murillo	
12/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Sanchez	
12/8/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A. Barron	
12/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan Ramos	
12/8/2020	MIRIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Mirian Castro	
12/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Santos	
12/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C. Cardenas	
12/8/2020	GIEICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Gieicy Z. Zamora	
12/8/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Javier Herrera	
12/8/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez	
12/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia Rodriguez	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si el trabajador (Marcar con una X las variables que aplica)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en sala aislada?		
10/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza Guerrero	
10/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda Murillo	
10/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Sanchez	
10/8/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A. Barron	
10/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan Ramos	
10/8/2020	MIRIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Mirian Castro	
10/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Santos	
10/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C. Cardenas	
10/8/2020	GIEICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Gieicy Z. Zamora	
10/8/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Javier Herrera	
10/8/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez	
10/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia Rodriguez	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 018000910303
 VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											EJEMPLO	
											Fecha:	Hoja:
											1 de 20	1 de 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Ha presentado síntomas respiratorios o gastrointestinales?	¿Ha tenido contacto estrecho con algún enfermo por SARS-CoV-2?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en área crítica?	Firma del Funcionario
14/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/2020	OLINDA MORENO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/2020	OLGA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	DIEGO A
14/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/8/2020	MAYNIN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
14/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLÓGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	GRECY Z.
14/8/2020	JAVIER HERRERA	REPORTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
14/8/2020	SORBA BICHORIBUEX	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/2020	EUGENIA ROBOLEZ	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Eugenia

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											EJEMPLO	
											Fecha:	Hoja:
											1 de 20	1 de 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Ha presentado síntomas respiratorios o gastrointestinales o gastrointestinales o gastrointestinales?	¿Ha tenido contacto estrecho con algún enfermo por SARS-CoV-2?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en área crítica?	Firma del Funcionario
10-Ag	Sandra Lorena Arias Arías	Coordinador Asistencial de Administrativo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Ivan Darío Hernández	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manolas solano	Ginecología	Asistencial									
10-Ag	Sandra Izquierdo	Odonatología	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10-Ag	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Arynn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	33.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	Doralba Pregonero	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-Ag	[Firma]			NO	NO	35.9						[Firma]



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar diariamente (Marcar con una X las variables que aplique)								Observaciones	
				Si el trabajador tiene síntomas de enfermedad o lesión	Si el trabajador tiene síntomas de enfermedad o lesión	Falta igual o mayor a 30 días	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo		
10-08	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
10-08	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
10-08	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial										
10-08	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
10-08	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Carlos Valencia			NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Angela Lopez			NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-08	Alejandra Vargas			NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar diariamente (Marcar con una X las variables que aplique)								Observaciones	
				Si el trabajador tiene síntomas de enfermedad o lesión	Si el trabajador tiene síntomas de enfermedad o lesión	Falta igual o mayor a 30 días	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo	Trabaja en condiciones de riesgo		
11 AGOSTO	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
11 AGOSTO	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
11 AGOSTO	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
11 AGOSTO	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 AGOSTO	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Ingreso										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos o accesorios?		¿Ha tenido contacto reciente con casos confirmados para enfermedad por nuevo coronavirus?		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					Firma del Asesorado	
				NO	SI	NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonatología	Fatiga y Adinamia		Trabaja en otra entidad
11-08	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo											
11-08	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
11-08	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial											
11-08	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Sandra Izquierdo	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Carlos Valencia	Odonatologo	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo											
11-08	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-08	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Egreso										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos o accesorios?		¿Ha tenido contacto reciente con casos confirmados para enfermedad por nuevo coronavirus?		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					Firma del Asesorado	
				NO	SI	NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonatología	Fatiga y Adinamia		Trabaja en otra entidad
12-08	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo											
12-08	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
12-08	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
12-08	Sandra Izquierdo	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Carlos Valencia	Odonatologo	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial											
12-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo											
12-08	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
12-08	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corresponsable: 018000910303
 VIGILADO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



Fecha: 12 Agosto		FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										WGPS FGD003 Versión: 2 May 19 DCE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar Alotomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)										Observaciones	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico-General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Darío Liva	Médico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Médico general	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Sneyder Manotas Solano	Ginecología	Asistencial	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Sandra Izquierdo	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Carlos Valencia	Odontólogo	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C.
 Línea Gratuita Nacional: 01800091030

www.jersalud.com



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



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 aplican)																
13-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial																	
13-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial																	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial																	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo																	
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial																	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial																	
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial																	
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial																	
	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial																	
	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Arlyo Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo																	
	Jenny Johana Rincon Novea	Auxiliar Administrativa	Administrativo																	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

REPORTESINTOMATOLOGIA COVID -19 PLATAFORMA ALISSTA											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 18:39:02	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 18:18:56	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 18:18:09	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 17:41:19	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 17:07:35	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 17:06:05	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 16:55:53	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 16:55:02	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEI DY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 16:41:11	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 15:44:05	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 15:34:54	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 15:27:47	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 14:59:58	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	13/08/2020 14:43:33	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 14:40:39	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 13:41:16	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 13:20:35	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 13:08:29	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 12:19:57	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 12:16:46	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 12:08:32	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 12:07:16	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 11:55:44	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 11:43:48	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 11:28:35	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 11:05:02	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 10:50:49	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 10:46:39	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 10:41:36	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 10:28:51	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	13/08/2020 10:13:28	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 09:20:37	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 09:04:10	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 09:01:19	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:51:37	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:46:52	CC	60449565	TORO	DAZA	ANGELA	CONSUELO	BOYACA	GUATEQUE	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:23:15	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:22:57	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:21:08	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:10:26	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 08:06:41	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:53:34	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:52:31	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:36:45	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:30:49	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:30:28	CC	1048846141	CASTILLO	MORALES	LEIDY	ANDREA	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:28:33	CC	1140868607	CAMPOS	BLUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:28:14	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:26:13	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:19:59	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:13:38	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:12:15	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:08:33	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:08:18	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:07:56	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:07:25	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:06:45	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/08/2020 07:06:10	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/08/2020 06:54:26	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/08/2020 06:14:22	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 20:38:07	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAIACOPI EPS	JERSALUD SAS	12/08/2020 18:26:48	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 18:19:32	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 18:10:49	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 18:03:06	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 17:40:09	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 17:15:15	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	12/08/2020 17:08:29	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 16:45:13	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 16:08:33	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 15:20:20	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 15:13:39	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 15:09:50	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILAR HUILA	JERSALUD SAS	12/08/2020 14:53:10	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 14:52:10	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/08/2020 14:45:05	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 14:02:14	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 14:02:02	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 13:37:33	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 13:32:32	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 13:06:15	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
ECOPOSOS	JERSALUD SAS	12/08/2020 12:58:06	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 12:55:36	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/08/2020 12:34:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	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 2 de Agosto**



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 11:57:43	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 11:10:38	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 10:35:47	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/08/2020 10:08:25	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 10:05:41	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 09:50:44	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 09:01:27	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 08:41:51	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 08:35:19	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/08/2020 08:18:01	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 08:01:51	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 08:00:00	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:56:20	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:54:46	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:47:05	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:28:09	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:27:15	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:19:01	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:18:28	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:12:14	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:09:46	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:07:03	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:05:14	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:04:27	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:01:14	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/08/2020 07:01:08	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/08/2020 06:59:58	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 18:35:44	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 18:35:20	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 18:12:40	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 17:54:40	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 17:44:12	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 17:01:33	CC	1118570378	CEDIEL	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 16:43:04	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 16:42:27	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 15:56:36	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 15:13:02	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:57:50	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:55:18	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:37:57	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:37:07	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:16:55	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:13:48	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:13:33	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:13:29	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:13:18	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 14:12:53	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 13:57:40	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 13:54:16	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 13:42:07	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 13:39:56	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 13:39:54	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 13:10:36	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/08/2020 12:44:28	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 12:33:45	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 12:04:46	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 11:52:34	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 11:49:09	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 11:18:08	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 11:05:31	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 10:55:45	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	11/08/2020 10:20:21	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 10:16:47	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 09:49:33	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 09:40:07	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 09:37:54	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 09:29:09	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 09:11:58	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 08:59:11	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 08:39:46	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/08/2020 08:23:00	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:58:20	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
 Línea Corrala Bogotá: 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 2 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:46:49	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:41:03	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:39:17	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:31:28	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:27:27	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:26:08	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:23:35	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:15:47	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:11:23	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:09:23	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:09:14	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:08:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:06:46	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:05:38	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:04:19	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:03:47	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/08/2020 07:03:04	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/08/2020 06:55:23	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/08/2020 21:41:33	CC	1121930850	CHAPARRO	MOSCOSO	ANY	LIZETH	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 20:03:30	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 20:02:30	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 18:07:11	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 18:02:46	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 17:52:56	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 17:50:40	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 16:43:09	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 15:28:19	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 15:18:36	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	10/08/2020 15:12:56	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/08/2020 14:52:03	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/08/2020 14:43:01	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 14:40:25	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 14:31:56	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 13:44:28	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 13:30:04	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 13:15:30	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



ECOOPPOS	JERSALUD SAS	10/08/2020 13:07:19	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 12:31:01	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 12:15:59	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 11:59:23	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 11:33:52	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 11:23:57	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/08/2020 11:22:17	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 11:21:36	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 11:18:12	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 10:55:19	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 10:52:15	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 10:35:14	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 10:09:34	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:59:16	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:50:33	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:48:45	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:48:28	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:46:11	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:45:05	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:33:33	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/08/2020 09:04:42	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 08:46:13	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 08:43:48	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 08:20:15	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 08:11:49	CC	1048846141	CASTILLO	MORALES	LEIDY	ANDREA	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 08:06:34	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/08/2020 08:02:06	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:51:45	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:36:01	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:30:19	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:27:34	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:26:27	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:25:41	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:25:04	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:20:23	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:19:36	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**



COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:19:35	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:13:54	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:09:53	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:08:20	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:07:37	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:06:49	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/08/2020 07:02:53	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/08/2020 06:35:16	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/08/2020 23:22:31	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/08/2020 22:01:02	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/08/2020 19:45:11	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/08/2020 18:07:34	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/08/2020 17:09:46	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/08/2020 14:11:28	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/08/2020 13:55:27	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	09/08/2020 08:32:56	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	09/08/2020 06:40:16	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/08/2020 23:33:21	CC	1121930850	CHAPARRO	MOSCOYO	ANY	LIZETH	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 23:29:30	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 23:14:38	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/08/2020 21:38:42	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/08/2020 21:12:11	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	08/08/2020 18:20:22	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/08/2020 15:59:19	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 15:29:45	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 14:16:45	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/08/2020 13:57:57	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 12:30:07	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 10:35:23	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 10:28:27	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	08/08/2020 09:50:34	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 09:46:55	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 09:40:58	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	08/08/2020 09:12:13	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 09:08:19	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 08:49:33	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO

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

www.jersalud.com



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

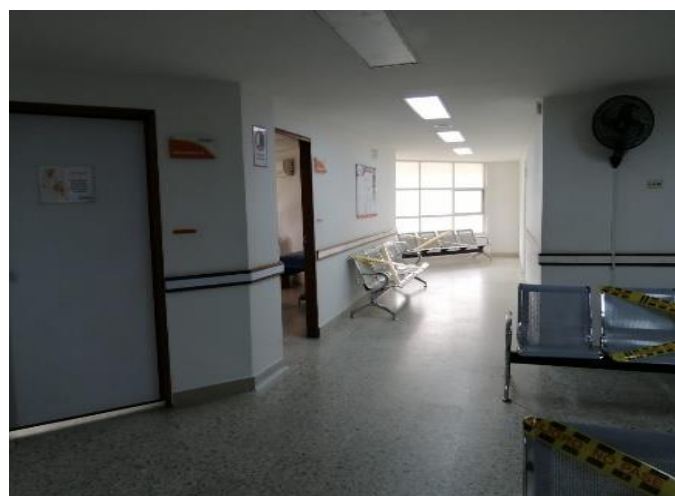


F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Agosto**

E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 08:03:32	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 08:01:24	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/08/2020 07:49:41	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 07:45:56	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 07:41:56	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/08/2020 07:07:27	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	08/08/2020 06:21:25	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/08/2020 23:41:26	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/08/2020 19:27:35	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/08/2020 17:38:03	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	07/08/2020 17:34:23	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/08/2020 17:15:53	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/08/2020 14:51:50	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/08/2020 11:11:12	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/08/2020 10:41:01	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/08/2020 07:46:49	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/08/2020 07:06:06	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/08/2020 07:01:08	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/08/2020 06:58:56	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	07/08/2020 06:22:41	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/08/2020 06:12:08	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	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 AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
	JERSALUD SAS	100	40		60	15	2		13

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	15	7	7	15	200	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	500	100		400	280	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	20			20	7	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
	JERSALUD SAS	250	50		200	8			8

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	9	3	3	9	300	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	250	50		200	190	30

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	20			20	8	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
	JERSALUD SAS	209	30		179	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	9			9	140	40
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	300	100		200	220	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	20			20	6	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
	JERSALUD SAS	230	50		180	13			13
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	5	2	2	5	140	20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	450	50		600	150	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIA
			JERSALUD SAS	20			20	3	

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



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	10		90	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	4		1	5	110	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	250	50		200	50	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	10		90	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	110	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	250	50		200	50	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190382



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	10		90	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	110	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	250	50		200	50	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	10		90	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	110	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	250	50		200	50	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	1000	800	1200	1400	48	5	10	53
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	12	30	23	100	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	3500	700		2800	1200	700
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	100			100	45	

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	1100	100	0	1000	0	3	3	0



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	18	2	0	16	500	120	0	380

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	88	50	0	38	359	20	0	339

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	5	0	0	5	3	0	0	3

7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	2 CAJAS	1 CAJA	0	1 CAJA	12	0	0	12



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0		3	0	100

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	31	3	0	28	34	5	0	29

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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 AGOSTO 13 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	3	1	2	2	5 UNIDAD	2 UNIDAD	3UNIDAD	3 UNIDAD



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	0	0	0	0	40 UNIDAD	5 UNIDAD	35 UNIDAD	35 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	0	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	30 UNIDAD	5 UNIDAD	25 UNIDAD	25 UNIDAD

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	3	0	3	3	3	0	3	3

7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	41	16	25	25	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	1	0	1	1	34	16

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	9	2	7	7		24

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	0	0	0	0		

7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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 gaitan	25	15	10	10	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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 gaitan	1	0	1	1	18	8

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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	16	6

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 13 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		



7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	397	83	0	314	18	10	0	8

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	0	0	1	100	1

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD SAS – YOPAL	14 CAJAS	7 CAJAS	0	7 CAJAS	126	7

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5



7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

RE: SOLICITUD DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - JERSALUD BOYACÁ

Asistente Admin Boyacá - Joana Bosigas <AsistenteAdmin.Boyaca@jersalud.com>

Mié 12/08/2020 17:00

Para: Manuel Alexander Gonzalez Galindo <analista1.neiva@farmaqx.com>

Buen día,

Por medio del presente me permito aprobar la compra por los valores reportados.

Agradezco su colaboración y atención prestada.

Cordialmente,



Erika Joana Bosigas Agüero
Asistente Administrativo
Jersalud SAS - Regional Boyacá
Teléfono de contacto: 3219159617
Dirección: Carrera 6 Avenida Norte N° 64 B-195 locales 104 Administrativo 210
Este mensaje se envió desde Tunja – Boyacá -Colombia

De: Manuel Alexander Gonzalez Galindo <analista1.neiva@farmaqx.com>

Enviado: miércoles, 12 de agosto de 2020 16:55

Para: Asistente Admin Boyacá - Joana Bosigas <AsistenteAdmin.Boyaca@jersalud.com>

Asunto: RE: SOLICITUD DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - JERSALUD BOYACÁ

Buenas tardes Erika

De acuerdo a su solicitud me permito enviar los respectivos precios para su aprobación y/o autorización:

- BATAS MANGA LARGA - 1.500 UNIDADES = 7.200 unidad
- TAPABOCAS CONVENCIONALES - 1.600 UNIDADES = 855 unidad
- GORROS DESECHABLES 16 PAQ X 100 UNIDADES = 435 unidad
- 50 UNIDADES DE TAPABOCAS N94 = 15.000 unidad

Quedo atento a sus comentarios.

Cordialmente,

MANUEL GONZÁLEZ GALINDO
Analista de Compras
Dirección: Carrera 49 N° 95-54 La Castellana
Bogotá Colombia
Celular: 3165649831



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

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

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: jul-20

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

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

FIRMAS	
FIRMA	<i>Ruth Mary</i> SOLICITADO POR
NOMBRE	<i>Ruth Mary</i>
CARGO	<i>Enfermera CODM Servicio Domiciliario</i>
FIRMA	<i>Jessica</i> RECIBIDO POR:
NOMBRE	<i>Jessica Canon</i>
CARGO	<i>Asistente Admin.</i>
FIRMA	APROBADO POR:
NOMBRE	
CARGO	

21/07/2020


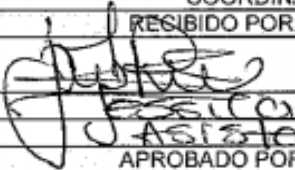


	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

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

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

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

FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD LINARES CARDENAS
CARGO	COORDINADORA DE SEDE
FIRMA	
NOMBRE	ASISTENTE. Admin.
CARGO	ASISTENTE. Admin.
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Lima, Correo Nacional, 01000170332



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

<p>DISTRIBUIDORA PROYECTAR SAS NIT. 900.669.318-3</p>	DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763055179468 DE FECHA 2019/09/06 NUMERACIÓN AUTORIZADA DEL DP 1001 AL DP 1100 NO SOMOS AUTORETENEDORES NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES ACTIVIDAD ICA 3639 TARIFA 11.4 X 1.800		FACTURA DE VENTA DP 1075	
	Línea Médico Quirúrgica - Línea Oficina - línea Aseo - Cafetería - Publicidad Comercial. ACT. ICA 4761 TARIFA 4.14 x 1.000			
SEÑORES: JERSALUD S.A.S. (V0961)				
FECHA: 23 DE JULIO DE 2020		CIUDAD: BOGOTÁ		TEL: 3124348672
DIRECCIÓN: CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA			NIT: 900.622.551-0	
FORMA DE PAGO: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO		FECHA DE VENCIMIENTO: 21 DE OCTUBRE DE 2020		
REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	ALCOHOL + CLORHEXIDINA GALON X 4 LTS ***	1	34.000	34.000
	AMONIO CUATER. DESINFEC. ALTO ESPETRO GALON X 3.8 LTS***	1	22.000	22.000
	BATA PACIENTE DES. MANGA LARGA P/RESORTADA PQ*10 BL ***	6	81.000	486.000
	GEL ANTIBACTERIAL DISPENSADOR X 1000 ML ***	6	18.000	108.000
	GORROS TIPO ORUGA PQ X 100 ***	1	21.600	21.600
	SABANAS BLANCA PARA CAMILLA PAQ. X 10 ***	8	40.500	324.000
	TAPABDCAS DESECH. EN EMP. INDIV. TERMOSELLADO X 50 UND ***	8	50.000	400.000
	TAPABDCAS KN-95 X 20 UND ***	2	95.000	190.000
(***) PRODUCTOS EXENTO DE IVA SEGUN DECRETO EMER. SANT.				
OBSERVACIONES: CREDITO 90 DIAS CALENDARIO			SUB-TOTAL	1.585.600
			I.V.A	0
SON: UN MILLÓN QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE			TOTAL	1.585.600
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DE C.C.) la mercancía viaja por cuenta de riesgo del comprador. El comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías descritas. En caso de mora en el pago, se causará el 4% de interés mensual. La fecha del vencimiento se tomará a partir de la fecha de remisión. FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DEL PRIMER BENEFICIARIO		AUTORIZADO POR: 		DECLARO QUE REALICÉ LA VERIFICACIÓN DE LOS MATERIALES Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FACTURA FIRMA Y SELLO DE ACEPTANTE COMPRADOR NIT O C.C.

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438545-4 TEL. 3142142993

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Casanare - Nacional - 0800019333

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

www.jersalud.com



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



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 pagina 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 si enfatiza que debe mantener las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si esta es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.

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

GRUPO POBLACIONAL	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR COMERCIAL
Política y Fuerzas armadas	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Populación privada de la libertad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá
Personas privadas internadas en áreas de salud	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Entidad territorial	Entidad territorial

Fecha: 14 de 01

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de Indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas

Gracias

Karen Emilia Melo
Jefe Administrativa y de Talento Humano
JERSALUD S.A.S
3132731800

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>
Vie 12/06/2020 11:41
Para: Karen Melo
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

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

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.

Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
Ejecutivo integral de servicios
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
Celular: 3222503336
<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; asistente@yopaljersalud@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

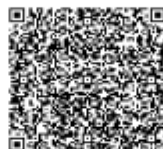


ACUSE RECIBIDO

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.





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.

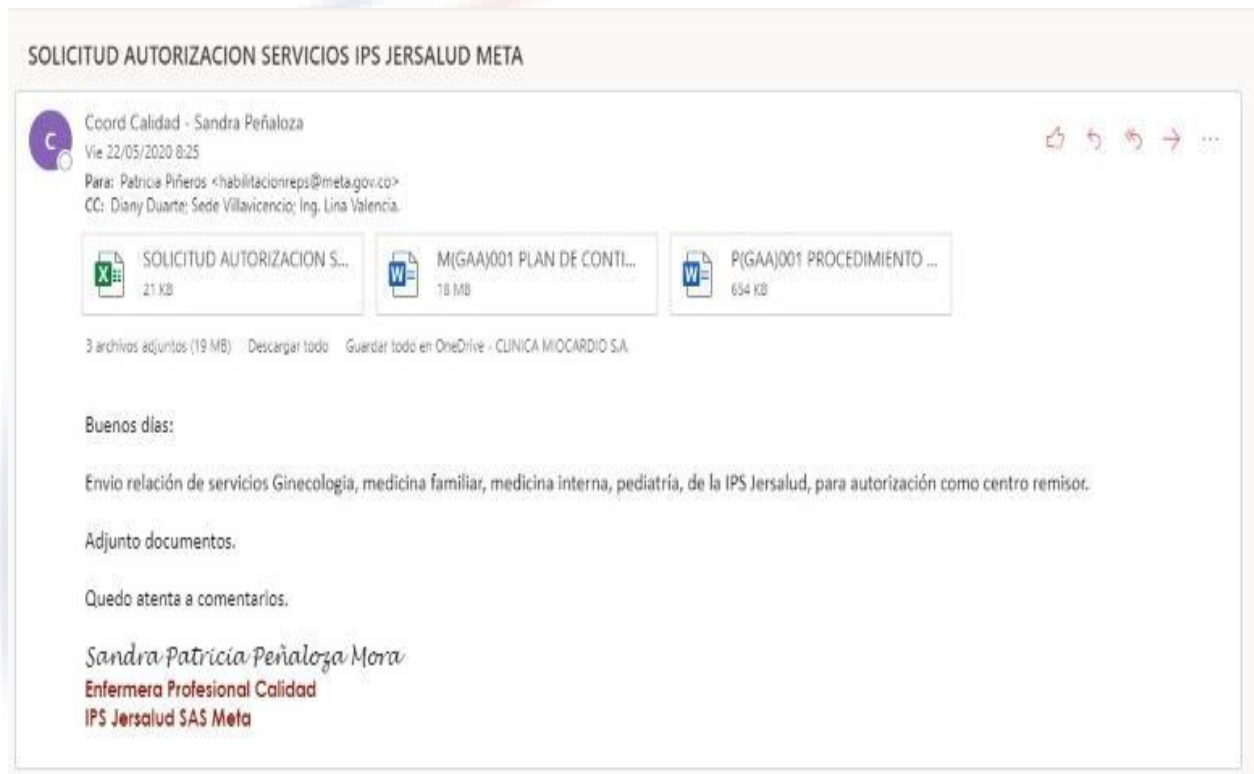
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

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

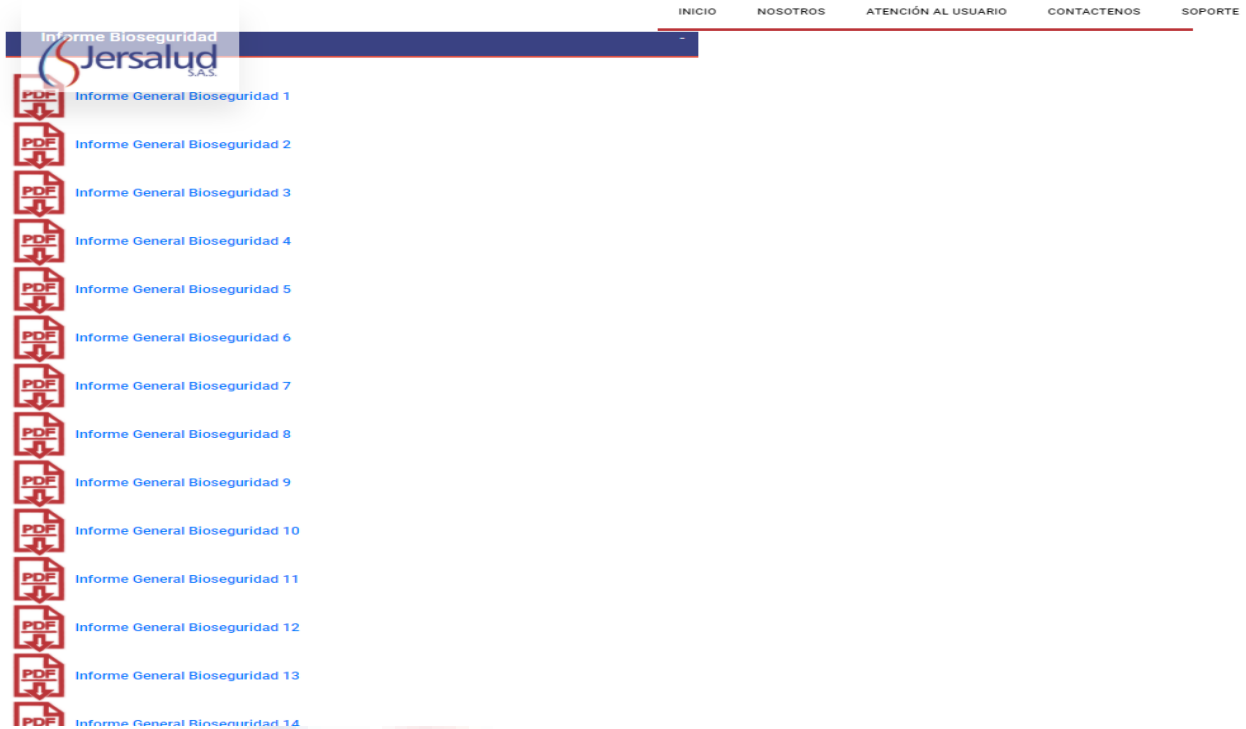


26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

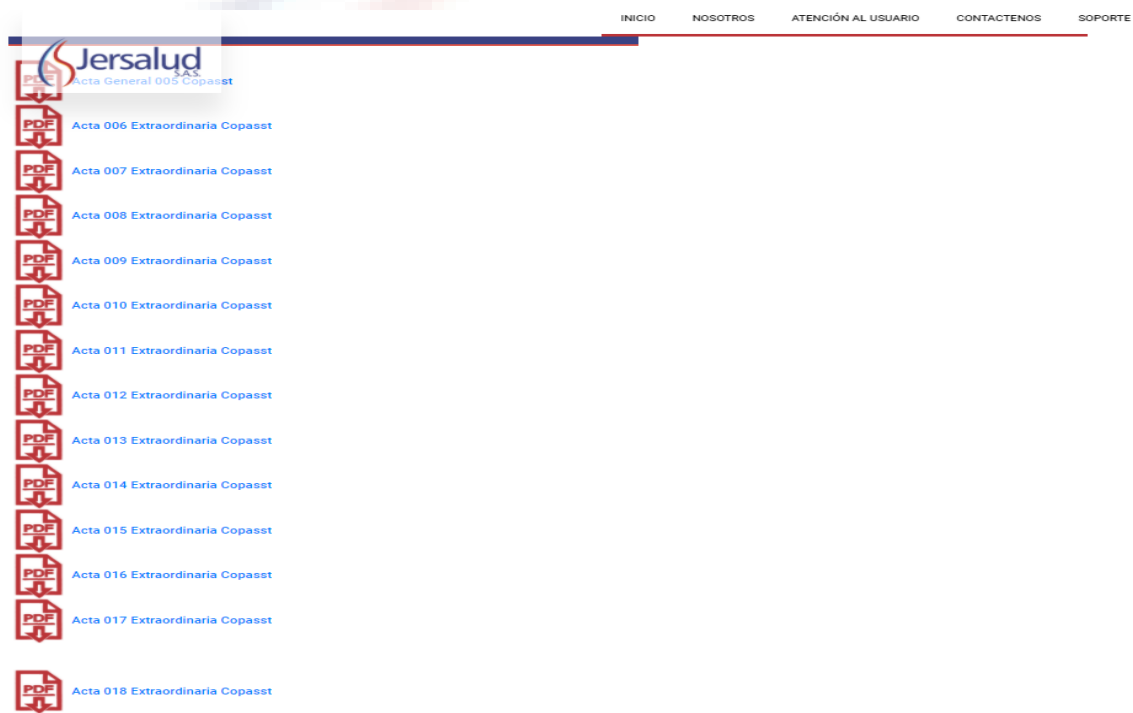
12.1 Evidencia publicación en página Web



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE

Informe Bioseguridad
Jersalud S.A.S.

- Informe General Bioseguridad 1
- Informe General Bioseguridad 2
- Informe General Bioseguridad 3
- Informe General Bioseguridad 4
- Informe General Bioseguridad 5
- Informe General Bioseguridad 6
- Informe General Bioseguridad 7
- Informe General Bioseguridad 8
- Informe General Bioseguridad 9
- Informe General Bioseguridad 10
- Informe General Bioseguridad 11
- Informe General Bioseguridad 12
- Informe General Bioseguridad 13
- Informe General Bioseguridad 14



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE

Acta General 005 Copasst
Jersalud S.A.S.

- 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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 0180001910303

www.jersalud.com



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



12.2 Link de publicación Informes Pagina Web Jersalud

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

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

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%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>



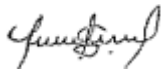

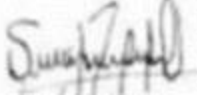


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

<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>



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	