

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 2 DE JULIO

**Del 06 al 10 de
Julio 2020**

1. REUNION COPASST JULIO SEMANA 2 DEL 06 AL 10 DE JULIO DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 014 de Julio 2020 Semana 2

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

ACTA N° 014 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
	09	07	2020	09:00 A.M.	09:30A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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



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

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)
<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</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 #013 de Julio 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 REALIZARA	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Enviar correo a ARL base de datos para tamizaje con actividad realizada	Analistas SST	09/07/2020	Jersalud Nacional	Comprobante envío correo	100%	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID - 19	Asesor ARL Jefes administrativa y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Formato acta de reunión F (GC) 002	0%	



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



4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN
<p>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.</p>
<p>4.2 Se procede a realizar evaluación de las preguntas enunciadas a continuación:</p>
<p>¿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).</p> <p style="text-align: center;"><i>SI</i></p>
<p>¿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</p> <p style="text-align: center;"><i>SI</i></p>
<p>¿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.</p> <p style="text-align: center;"><i>SI</i></p>
<p>¿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.</p> <p style="text-align: center;"><i>SI</i></p>
<p>¿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.</p> <p style="text-align: center;"><i>SI</i></p>

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



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

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

SI

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

SI

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

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 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). (Archivo de Excel Adjunto)	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 2(2,1-2,2-2,3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 3 (3.1-3.2)
3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio). (Archivo de Excel Adjunto)	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 2 (2,1-2,2-2,3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X		Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 2 (2,1-2,2-2,3), Numeral 4 (4,1-4,2)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 2(2,1-2,2), numeral 4 (4,1, 4,2)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio Numeral 3.2, numeral 7
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X		Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X		Acta de COPASST semanal	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 1



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

9	Cuenta con diseño e implementación del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015	X	Certificación de la ARL del % de cumplimiento del SG-SST	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 10
10	Implementación de protocolos de Bioseguridad frente al Covid-19	X	Registro fotográficos Semanales	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 6.2
11	Aprobación de protocolos de Bioseguridad Covid-19 por entidad competente	X	Certificación de Secretaría de Salud	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 11
12	Seguimiento del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad por el COPASST	X	Inspecciones de seguridad y registro fotográfico semanal	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 5
13	Reunión semanal del COPASST	X	Acta de COPASST semanal	100	8%	Evidencia informe semana 2 Julio 2020 Numeral 1
TOTAL				1300	100%	

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

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

4.5 El día 08/07/2020 por parte de Analista SST Regional Meta se realiza correo para seguimiento de respuesta en cuanto a pruebas de tamizaje a personal de salud COVID-19, se sigue a espera de respuesta por parte de ARL Positiva

4.6 Se realiza solicitud por parte de Asesor ARL Positiva se envíe ajuste del plan de trabajo respecto a las actividades de promoción y prevención que se realizarán en lo restante del año 2020

4.7 Se realiza acuerdo para generar contacto con el cuerpo de bomberos con el fin de realizar capacitaciones en cuanto a brigadas de emergencias teórico – prácticas en la sede Yopal Casanare y lograr certificar a los miembros de estas.



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

4.8 Se realiza acuerdo de enviar a Diana Daza Asesor ARL con la determinación de cómo se distribuirán las horas restantes asignadas como apoyo por parte de Positiva

4.9 Se sigue a la espera de la segunda entrega de elementos de protección personal EPP por parte de ARL Positiva la cual se tiene estimado la llegada en el transcurso de la siguiente semana.


5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Enviar ajuste plan de trabajo horas asignadas por ARL Positiva	Analistas SST	09/07/2020	Jersalud Nacional	Soporte envío correo a ARL	
Enviar correo a ARL Positiva solicitando seguimiento de toma de pruebas Tamizaje personal de salud COVID-19	Analista SST Casanare y Boyacá	10/07/2020	Jersalud Nacional	Soporte envío correo a ARL	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA


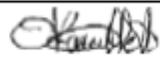



PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 2
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FIGI012
		Version: 1
		oct-18
		1 DE 1




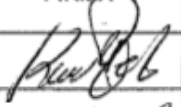
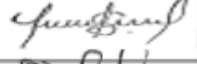
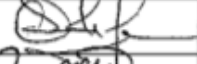


SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 014 de 2020					
FECHA: 09/07/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:30a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
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:	<u>JERSALUD NACIONAL</u>				
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 014 de 2020					
FECHA: 09/07/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:30a.m		
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:		
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910302

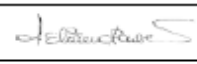


1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva


	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 014 de 2020			
FECHA: 09/07/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:30a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Central - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa Nacional, 010001910302



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Julio**
1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



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

www.jersalud.com




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



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

 BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD BOYACÁ							
No.	TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID 19
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
7	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
8	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
9	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
10	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
11	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
12	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
13	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
14	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
15	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
16	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
17	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
18	CC	53081059	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
19	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
20	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
21	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
22	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
23	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
24	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
25	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
26	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
27	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
28	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
29	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
30	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
31	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
32	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
33	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
34	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO
35	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO



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



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



2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL FUNCIONARIOS JERSALUD-META				
N°	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID-19
1	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
2	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
3	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
4	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
13	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	85080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GARZON RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVIJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA

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



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



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

PERSONAL JERSALUD YOPAL							
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA
3	CC	47441197	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo- Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramírez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
8	CC	1.118.550.591	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
9	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
10	CC	1118533308	Jenny Johana Rincón Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicólogo	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
12	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
13	CC	1118570378	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO



3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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



Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

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



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



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA	 GUILLERMO ESTEBAN TORRES

Copia Controlada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
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"





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

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


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

Copia Controlada



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



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

FICHA TÉCNICA



1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

2. Identificación y empaque:

	Marquillado	Empaque
Función:	Permite identificar el lote para realizar trazabilidad del producto, la referencia del respirador y el número único de identificación de NIOSH TC 84A-5350 garantía de la certificación.	✓ 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 material extraño, rebobos y aristas cortantes.
- ✓ Aseptico, hiperalérgico, atóxico.

CARACTERISTICAS

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

INDICACIONES

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

VENTAJAS

- ✓ Fácil uso
- ✓ 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

Fecha Impresión: jueves, 02 de julio de 2020 14:19 Página 1/1

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

Fecha: 19/06/2020 11:58:28 a. m.
 CUIFE: 7ee02ba7b4c6c0e0522547c0a0246a36e719c34e42c0e719e779e0e7a3d8
 de0998866c35273d1ae71525e1932ba4

IVA - REGIMEN COMÚN

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLIFICADO E ICA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

FACTURA DE VENTA N° FQE3655

Datos Generales	
Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
Detalle: OT. 308 INSUMOS ENVIADOS A JERSALUD TUNJA DESDE ALMACEN FARMAQX BOGOTÁ 19/06/2020 SOPORTADO CON CORREO Y SOLICITUD DE ANALISTA	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300102473 - ALCOHOL ANTISEPTICO GALÓN		0		4	0.00	0.00	\$ 25.736	\$ 102.944
300109620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		200	0.00	0.00	\$ 11.053	\$ 2.210.600
300107901 - MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS DE TIRAS				500	0.00	0.00	\$ 1.158	\$ 579.000
300107684 - TAPABOCAS N-95 (LIFE)				5	0.00	0.00	\$ 8.947	\$ 44.735
VALOR BRUTO:								\$ 2.937.279
IVA:								\$ 0
RETEFUENTE:								\$ 73.432
RETENCIÓN IVA:								\$ 0
RETENCIÓN ICA:								\$ 12.160
VALOR NETO FACTURA:								\$ 2.851.687

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

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

AGENTE RETENEDOR IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS AL REG COMÚN / RESOLUCIÓN 18763004712080 DEL 28/02/2020 HABER/AUTORIZA FQE 1 AL FQE 27624 - FACTURACION POR COMPUTADOR - EFECTUAR RETENCION DEL 2% SERVICIOS DE SA
 ESTA FACTURA SE ABRELA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 776/779 DEL COD. DE COMERCIO); CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada
 Usuario Creación: 1020775762 - SANDRA PATRICIA VEGA JIMÉNEZ - FQ
 Usuario Impresión: 1023981823 - JEIMI GUATIBONZA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Línea de Atención al Profesional: 01 8000 910332
VIGILADO



**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**
 NIT 901.222.081-7
 Calle 9 No. 14-08
 Tel: 8748246
 Neiva - Colombia

Cotización
 No. C-1-406

Para JERSALUD SAS
 Nit 900.622.551-0
 Fecha 2020-07-02

Elaborado por Silpa S.A.S NIT 830.048.145-95-8

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	Ver	20.00	950.00	19,000.00
2	MEDIC-0318	COMPRESA ESTRELLA ESTERL SBX 1MS	Ver	2.00	3,200.00	6,400.00
3	EQFIX10	FIXOMULL 10 X 10 STRIC UNIDAD CUREBAN ROLLO	Ver	1.00	33,500.00	33,500.00
4	DISZD20180629	GASA ESTERIL 3*3*5 UNIDAD CUREBAND	Ver	960.00	500.00	480,000.00
5	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	29,500.00	295,000.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	29,500.00	885,000.00
7	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	Ver	150.00	1,450.00	217,500.00
8	OOEXA228	GUANTE VINILO TALLA M CAJA X 100 UNDS	Ver	10.00	22,889.08	270,000.00
9	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	600.00	275.00	165,000.00
10	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	Ver	100.00	210.00	21,000.00
11	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	15.00	75,000.00	1,125,000.00
12	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	20.00	20,000.00	400,000.00
13	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	Ver	10.00	2,200.00	22,000.00
14	DI8T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON MK	Ver	1.00	40,000.00	40,000.00
15	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	Ver	30.00	2,900.00	87,000.00
16	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	10.00	2,200.00	22,000.00
17	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	Ver	2.00	3,800.00	7,600.00
18	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	830.00	83,000.00
19	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	Ver	60.00	830.00	49,800.00
20	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	Ver	3.00	14,200.00	50,994.00
21	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	15.00	4,411.65	78,748.00
22	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA CORTA TALA M	Ver	20.00	14,500.00	290,000.00
23	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	Ver	6.00	30,000.00	180,000.00
24	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	Ver	30.00	13,500.00	405,000.00
25	J-1564	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	Ver	30.00	12,500.00	375,000.00
26	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	Ver	5.00	9,500.00	47,500.00
27	154541	OVEROL EN TELA DESECHABLE	Ver	20.00	19,500.00	390,000.00

Total Bruto 5,981,966.00
Subtotal 5,981,966.00
IVA 19% 63,776.00
Total a Pagar 6,045,742.00

null

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010332





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**
NIT 901.222.681-7
Calle 9 No. 14-88
Tel: 8748248
Neiva - Colombia

Cotización
No. C-1-407

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-03

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	Ver	310.00	8,000.00	2,480,000.00
2	MED-2008	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	5,100.00	5,100.00
3	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	Ver	16.00	22,500.00	360,000.00
4	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	29,500.00	147,500.00
5	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	29,500.00	147,500.00
6	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	12.00	5,750.00	69,000.00
7	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	Ver	15.00	75,000.00	1,125,000.00
8	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	Ver	90.00	20,000.00	1,800,000.00
9	DI8T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	7.00	40,000.00	280,000.00
10	56522	GEL ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	Ver	5.00	13,500.00	67,500.00
11	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	Ver	30.00	2,200.00	66,000.00
12	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	Ver	20.00	3,500.00	70,000.00

Total Bruto 6,617,800.00

Subtotal 6,617,800.00

Total a Pagar 6,617,600.00

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

null

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246



3.2.3 Cotización Regional Casanare



NIT: 900.669.318-3

PAPELERIA

ASEO

CAFETERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

MEDICO-QUIRURGICA

COTIZACIÓN DP: 07-110

06 de Julio de 2020

Señores
JERSALUD S.A.S. (YOPAL)
Srta. Ysella González
Departamento de Compras
La ciudad

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

COTIZACIÓN VARIOS

DESCRIPCIÓN / ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ALCOHOL+CLORHEXIDINA GALÓN X 3.8 LTS. ***	2	\$ 36.000	\$ 72.000
AMONIO CUATERNARIO DESINFECTANTE DE ALTO ESPECTRO GALÓN X 3.8 LITROS ***	1	\$ 22.000	\$ 22.000
BATAS DESECHABLE CON MANGAS RESORTADA BLANCA EN SMS. PAQ. X 10 UNDS. ***	6	\$ 78.500	\$ 471.000
CITOKITS - SUPERKIT PARA TOMA DE CITOLOGIA UNDS	100	\$ 2.965	\$ 296.500
CONOS PARA OTOSCOPIO PQ X 34 UNDS ADULTO O PEDIÁTRICO	1	\$ 7.375	\$ 7.375
EUCIDA ADVANCE 750 ML ***	1	\$ 43.470	\$ 43.470
EUCIDA CLASSIC X 240 ML ***	1	\$ 14.736	\$ 14.736
GASA ESTÉRIL NO TEJIDA, 7,5CMSX7,5CMS, 30G, 4 PLIEGUES, N-ON20 CAJA X 25 SOBRES ***	1	\$ 12.000	\$ 12.000
GEL ANTIBACTERIAL EN DISPENSADOR ***	10	\$ 18.000	\$ 180.000
GORROS TIPO ORUGA CAJA X 100 UNDS.	1	\$ 20.000	\$ 20.000
GUANTES QUIRURGICOS NITRILLO SOLO TALLA S CAJA X 250 UNDS ***	3	\$ 114.750	\$ 344.250
SÁBANAS BLANCA PARA CAMILLA PQ X 10 UNDS ***	10	\$ 33.800	\$ 338.000
TAPABOCAS DESECHABLE TERMOSELLADO CAJA X 50 UNDS. ***	8	\$ 60.000	\$ 480.000
TAPABOCAS N-95 PAQ. X 20 UNDS. ***	2	\$ 95.000	\$ 170.000
TERMOMETRO DIGITAL INFRAROJO ***	1	\$ 140.000	\$ 140.000

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 www.distribuidoraprojectar.com BOGOTA D.C.





NIT: 900.669.318-3

PAPELERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

ASEO

CAFETERIA

MEDICO-QUIRURGICA

VENDA DE ALGODON DE 5" X 5 YARDAS MARCA: KRAMER UNIDAD DE VENTA: UNIDAD SET X 10 UNDS	1	\$ 13.050	\$ 13.050
--	---	-----------	-----------

ADICIONAR IVA A LOS ANTERIORES VALORES

*** PRODUCTOS EXENTOS DE IVA

NOTA: PEDIDOS INFERIORES A \$1.000.000= EL CLIENTE ASUME EL COSTO DEL ENVIO.
PEDIDOS SUPERIORES A \$1.000.000= NUESTRA COMPAÑIA ASUME DICHOS COSTOS.
(VALORES ANTES DE IVA)

Condiciones comerciales:

Validez: 10 días calendario

Forma de pago: Crédito 90 días

Tiempo de entrega: 3 a 5 días hábiles

Cordialmente,



JOSE MANUEL QUEMBA

GERENTE

CEL. 320 2068636



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 Claudia Yareth Rodriguez Numpaque			Cédula 1.049.642.865		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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
30 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
01 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
02 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Claudia R
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
Yo, <u>Claudia Rodriguez</u> Identificado (a) con CC: <u>1.049.642.865</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 MAYOLGA LUJAS DOU			Cédula 40049574		Unidad CONSULIA 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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 2020				X									Dou Mayolga Rojas
30 06 2020				X					X				Dou Mayolga Rojas
01 07 2020				X									Dou Mayolga Rojas
02 07 2020				X									Dou Mayolga Rojas
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
Yo, <u>Dou Mayolga Rojas</u> Identificado (a) con CC: <u>40049574</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 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
May Diana M	7171072	F-35

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	-	NO	
02 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	2	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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
Diez Limpio Leyda Barón	40027046	C.EXT Jersalud

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Prioritaria	
30 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	teleconsultz	
01 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	teleconsultz	
02 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	teleconsultz	
DD MM AA												
DD MM AA												
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
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia y Control
 Calle Comercio Nacional, 010001910333
 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	Cédula	Unidad
PEDRAZA VARGAS MADDA LUCIA	41017103	Externa-Tambo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Poñinas			
26 06 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
30 06 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
01 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
02 07 2020	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, María Jesús Echeverri Vargas Identificado (a) con CC: 41017103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Durán Leguerrán Joel Antonio	112402697	Externa-Prioritaria

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Poñinas			
26 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
27 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
30 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
02 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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.

Dr. Joel A. Durán I.
 C.O.P. MEDICINA INTERNA
 No. 1004023807
 C.R. 104632059 2 2235
 RM CMC 2016-13236

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Hernan Ayala Garcia Escobar</i>	Cédula <i>40038562</i>	Unidad <i>Dep. Consulta externa Medicina</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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 06 20	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		<i>Hernan Ayala</i>
30 06 20	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		<i>Hernan Ayala</i>
01 07 20	-	-	-	✓	-	✓	-	-	-	-		<i>Hernan Ayala</i>
02 07 2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	-	-		<i>Hernan Ayala</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, *Hernan Ayala Garcia Escobar* Identificado (a) con CC: *40038562*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 06 20	✓	✓	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		<i>Gerson Gonzalez</i>
30 06 20	✓	✓	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		<i>Gerson Gonzalez</i>
02 07 20	✓	✓	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		<i>Gerson Gonzalez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 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 John Lara Escobar	Cédula 7120163	Unidad C. Este
---	--------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Lara
30 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Lara Escobar
01 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Lara
02 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		John Lara
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 Lara Escobar Identificado (a) con CC: 7120163, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Sara Gómez	Cédula 72205029	Unidad
--	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Signature]
23 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Signature]
23 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Signature]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sara Gómez Identificado (a) con CC: 72205029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Belancal Becerra Zulmayarith	1052399 313	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	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 06 20				X						X		<i>[Signature]</i>
01 06 20				X						X		<i>[Signature]</i>
02 06 20				X						X		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, _____ 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
Lorenzo Alcega Jarama	96378245	C - Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20				X		X						<i>[Signature]</i>
27 06 20				X		X						<i>[Signature]</i>
30 06 20	X			X		X			X			<i>[Signature]</i>
01 07 20				X		X						<i>[Signature]</i>
02 07 20	X			X		X			X			<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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	Cédula	Unidad
<i>MONTAÑEZ AFONSO CLAUDIA ISABEL</i>	<i>46361131</i>	<i>C. EXTERNA TUNJA</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NINGUNO	<i>Claudia Montañez</i>
01 07 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NINGUNO	<i>Claudia Montañez</i>
02 07 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NINGUNO	<i>Claudia Montañez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Rodriguez Bayona Maria Cecilia</i>	<i>1049625040</i>	<i>consulta Externa Tunja</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
27 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
30 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
01 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
02 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<i>Maria Rodriguez</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, *Maria Cecilia Rodriguez* Identificado (a) con CC: *1049625040*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Caceres Sanchez Anderson Domo	Cédula 1054658729	Unidad
---	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		Anderson Caceres
30 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Caceres
01 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		Anderson Caceres
02 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		Anderson Caceres
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Domo Caceres Sanchez identificado (a) con CC: 1054658729, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Yaly Patricia Ovalle P	Cédula 23324561	Unidad Tunja
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 6 20	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Yaly P.
30 6 20	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-		Yaly P.
1 7 20	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Yaly P.
2 7 20	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Yaly P.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yaly 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 Control Nacional: 01800019333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Flatz Alvarez Florica Paola	Cédula 1099616557	Unidad Oexterna
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[Firma]
30 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	[Firma]
09 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	[Firma]
02 07 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													

Yo, Florica Paola Flatz 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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	[Firma]
30 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	[Firma]
09 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	[Firma]
02 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 1049647500 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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 <u>Fanny Astrodalino H.</u>	Cédula <u>40039607</u>	Unidad <u>Tunja</u>
---	----------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Prontoina	[Firma]
30 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			[Firma]
1 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-			[Firma]
20 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-			[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Diego Alejandro Rojas Morales</u>	Cédula <u>109469127</u>	Unidad <u>ADMINISTRATIVA.</u>
--	-----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Bata Alucant	[Firma]
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Bata Alucant	[Firma]
30 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		" "	[Firma]
01 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		" "	[Firma]
02 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		" " " "	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diego Alejandro Rojas Morales Identificado (a) con CC: 109469127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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
Jenny Gabriela Suárez Martínez	102314070	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 06 20				X					X			Jenny Suárez
30 06 20				X								Jenny Suárez
01 07 20				X								Jenny Suárez
02 07 20				X								Jenny Suárez
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 Suárez Martínez Identificado (a) con CC: 102314070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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
Enko Joana Rosillos Aguiar	1052403486	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20				X					X			Enko Joana Rosillos Aguiar
30 06 20				X					X			Enko Joana Rosillos Aguiar
01 07 20				X					X			Enko Joana Rosillos Aguiar
02 07 20				X					X			Enko Joana Rosillos Aguiar
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, Enko Joana Rosillos Aguiar Identificado (a) con CC: 1052403486, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
Reyes Camargo María Paula	1049632802	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20				X									Me Reyes Ca!
27 06 20				X									Me Reyes Ca!
30 06 20				X					X				Me Reyes Ca!
01 07 20				X									Me Reyes Ca!
02 07 20				X									Me Reyes Ca!
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
Fonseca Losquera Juan Adolfo	1120265598	C. Ext. Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20				X									Juan Fonseca J.
30 06 20	X			X					X				Juan Fonseca J.
02 07 20				X									Juan Fonseca J.
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, Juan Fonseca Losquera Identificado (a) con CC: 1120265598, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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



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	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X							X	2 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
23 06 20	X			X							X	4 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
30 06 20				X							X	5 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													
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
Lina Alejandra Pinzón C.	1049632618	Jersalud.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 05 20	X			X							X	4 tapabocas.	<i>[Firma]</i>
01 06 20				X								5 tapabocas.	<i>[Firma]</i>
08 06 20	X			X							X	6 tapabocas.	<i>[Firma]</i>
16 06 20	X			X							X	2 tapabocas.	<i>[Firma]</i>
23 06 20	X			X							X	5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
30 06 20	X			X							X	5 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, 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Lina Contrata Nacional 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Rojas Seneno Anacle Dorely	Cédula 24167297	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			
15/04/2020	✓			✓		✓							
11/05/2020	✓			✓		✓							
18/05/2020	✓			✓		✓							
20/05/2020	✓			✓		✓							
28/05/2020	✓			✓		✓							
01/06/2020	✓			✓		✓							
08/06/2020	✓			✓		✓							
16/06/2020	✓			✓		✓							
23/06/2020	✓			✓		✓							
30/06/2020	✓			✓		✓							
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anacle Dorely Rojas Seneno identificado (a) con CC: 24167297, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos ROSAMONDY RAMIREZ LENIN	Cédula 99'536.444	Unidad DUIJARI
---	-----------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30/04/2020				✓		✓							
04/05/2020				✓		✓							
06/05/2020	✓			✓		✓							
11/05/2020	✓			✓		✓							
18/05/2020	✓			✓		✓							
20/05/2020	✓			✓		✓							
26/05/2020	✓			✓		✓							
01/06/2020	✓			✓		✓							
08/06/2020	✓			✓		✓							
16/06/2020	✓			✓		✓							
23/06/2020	✓			✓		✓							
30/06/2020	✓			✓		✓							

Yo, Lenin Rosamondy Ramirez identificado (a) con CC: 99'536.444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Orvaldo Geronimo Pineda</i>	Cédula <i>91244689</i>	Unidad <i>Asistencial</i>
--	----------------------------------	-------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 04 2020	X			X					X				
29 04 2020				X					X				
11 05 2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
18 05 2020	X			X					X			Entrega 6 tapabocas	
26 05 2020	X			X					X			Entrega 3 tapabocas	
07 06 2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
8 06 2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
16 06 2020	X			X					X			Entrega 5 tapabocas	
23 06 2020	X			X					X			Con 4 tapabocas	
23 06 2020	X			X					X			Con 4 tapabocas	
30 06 2020	X			X					X			Con 5 tapabocas	

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Arendasa Feiga Gloria Isabel</i>	Cédula <i>1049628-122</i>	Unidad <i>Asistencial</i>
---	-------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 2020	X			X					X			Tapabocas 41bata + 1 gorro	
09 06 2020	X			X					X			Tapabocas 51bata	
09 06 2020	X			X					X			Tapabocas 6 + 1 bata	
16 06 2020	X			X					X			Tapabocas 4 + 1 bata	
23 06 2020	X			X					X			Tapabocas 5 + 1 bata	
30 06 2020	X			X					X			Tapabocas 4 + 1 bata	
06 07 2020	X			X					X			Tapabocas 6 + 1 bata	

Yo, *Gloria Isabel Arendasa* identificado (a) con CC: *1049628-122*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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
DELCADO ARELLANO DIANA MARCELA	1053608206	JERSALUD 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	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
01 06 20				X								X	3 tapabocas, 1 bata	DIANAC
08 06 20				X								X	5 tapabocas, 1 bata	DIANAC
16 06 20				X								X	2 tapabocas, 1 bata	DIANAC
23 06 20				X								X	4 tapabocas, 1 bata	DIANAC
30 06 20				X								X	5 tapabocas, 1 bata	DIANAC
06 07 20				X								X	5 tapabocas 1 bata	DIANAC
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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
Echeverri Lucia Cepeda Higuera	1052410687	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 05 20	X			X								X	3 tapabocas - 1 bata des	[Firma]
01 06 20	X			X								X	5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
08 06 20	X			X								X	5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
16 06 20	X			X								X	2 tapabocas - 1 cofia	[Firma]
23 06 20	X			X								X	1 cofia - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]
30 06 20	X			X								X	5 tapabocas - bata - cofia	[Firma]
06 07 20	X			X								X	5 tapabocas - bata - cofia	[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogollón	23323920	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
12 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		6 tapabocas	[Firma]
18 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		3 tapabocas	[Firma]
20 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		5 tapabocas	[Firma]
26 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		5 tapabocas	[Firma]
08 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		6 Tapabocas	[Firma]
16 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		3 tapabocas	[Firma]
23 06 20				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		5 tapabocas	[Firma]
30 06 20				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		4 tapabocas	[Firma]
08 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		6 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, NANCY MOGOLLÓN Identificado (a) con CC: 23323920, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina M. Araque	46672428	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
16 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			[Firma]
23 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		5 Tapabocas	[Firma]
30 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		4 Tapabocas	[Firma]
08 07 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		6 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												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
Acero Martinez Diana Patricia	46456247	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Canta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X					X			↓ bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
06 07 20				X					X			↓ bata 5 tapabocas	DIANACERO
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sebastian Rivera Gomez	1049614080	Sogamoso

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Canta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
06 07 20		X		X					X			Elementos de EPP	[Firma]
07 08 20		X		X					X			elementos de epp	[Firma]
08 08 20		X		X					X			EPP	[Firma]
16 08 20		X		X					X			EPP	[Firma]
23 08 20		X		X					X			EPP	[Firma]
30 08 20		X		X					X			EPP	[Firma]
03 09 20		X		X					X			EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sebastian Rivera Identificado (a) con CC: 1049614080, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Malaver Avendaño Sandra	46672546	Sogamoso

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopis de seguridad	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X		Elemento EPP	Sandra Malaver
06 06 20				X					X		Elemento EPP	Sandra Malaver
06 06 20				X					X		Elementos EPP	Sandra Malaver
06 06 20				X					X		Elementos EPP	Sandra Malaver
23 08 20				X					X		elementos epp	Sandra Malaver
30 08 20				X					X		elementos epp	Sandra Malaver
08 09 20				X					X		elementos epp	Sandra Malaver
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Malaver A Identificado (a) con CC: 46 672 546 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Giovanni Rodriguez S.	9396.880	Seguros

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopis de seguridad	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 20				X					X		epp	[Firma]
07 06 20				X					X			[Firma]
08 06 20				X					X			[Firma]
16 06 20				X					X			[Firma]
23 08 20				X					X			[Firma]
30 08 20				X					X			[Firma]
06 09 20				X					X			[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Giovanni Rodriguez S. Identificado (a) con CC: 9396.880 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Edilca de aguas</u>	<u>32775986</u>	<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	
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26	06	20				X					X			EPP	<i>[Signature]</i>
07	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
08	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
16	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
23	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
06	07	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
DD	MM	AA				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, Edilca de aguas identificado (a) con CC: 32775986 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Carrillo Lopez Cesar</u>	<u>9530770</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	
DD	MM	AA	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26	05	20				X					X			elementos de epp	<i>[Signature]</i>
04	06	20				X					X			EPP	<i>[Signature]</i>
08	06	20				X					X				<i>[Signature]</i>
18	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
23	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
20	06	20				X					X			EPP	X <i>[Signature]</i>
23	06	20				X					X			EPP	<i>[Signature]</i>
06	07	20				X					X			EPP	<i>[Signature]</i>
DD	MM	AA				X					X				
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Beraud P María Constanza</u>	Cédula <u>46 370 222</u>	Unidad <u>S09</u>
---	------------------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elementos de epp	M Constanza
01 06 20				X							X		M Constanza
08 06 20				X							X		M Constanza
16 06 20				X							X		M Constanza
23 06 20				X							X		M Constanza
30 06 20				X							X		M Constanza
06 07 20				X							X		M Constanza
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Nancy Constanza Beraud Identificado (a) con CC: 46 370 222 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA</u>	Cédula <u>1049631798</u>	Unidad <u>S09 C-EXTERNA</u>
---	------------------------------------	---------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elementos de epp	DEISY
01 06 20				X							X		DEISY
08 06 20				X							X		DEISY
16 06 20				X							X		DEISY
23 06 20				X							X		DEISY
30 06 20				X							X		DEISY
06 07 20				X							X		DEISY
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Deisy Carolina Hernandez H. Identificado (a) con CC: 1049631798 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central 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
Deisy Vargas Barera	105758547	Sagamayo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Capa	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26	05	20				X					X		elementos de epp	[Firma]
04	06	20				X					X		elementos de epp	[Firma]
08	06	20				X					X		elementos de epp	[Firma]
16	06	20				X					X		elementos de epp	[Firma]
23	06	20				X					X		elementos de epp	[Firma]
30	06	20				X					X		epp	[Firma]
06	07	20				X					X		epp	[Firma]
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, Deisy Vargas Barera Identificado (a) con CC: 105758547, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ana Romero	46366015	Sagamayo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Capa	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26	05	20				X					X			[Firma]
07	06	20				X					X			[Firma]
08	06	20				X					X			[Firma]
16	06	20				X					X			[Firma]
23	06	20				X					X			[Firma]
30	06	20				X					X			[Firma]
06	07	20				X					X			[Firma]
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, Ana Romero Identificado (a) con CC: 46366015, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
 VIGILADO



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
01	07	2020				X									Gloria B
02	07	2020				X									Gloria B
03	07	2020				X									Gloria B
04	07	2020				X									Gloria B
05	07	2020	X			X						X			Gloria B
06	07	2020				X									Gloria B
07	07	2020				X									Gloria B
08	07	2020				X									Gloria B
09	07	2020				X									Gloria 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 MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	Cédula 4033348812	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		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
01	07	2020				X									Melissa C
02	07	2020				X									Melissa C
03	07	2020				X									Melissa C
06	07	2020	X			X						X			Melissa C
07	07	2020				X									Melissa C
08	07	2020				X									Melissa C
09	07	2020				X									Melissa C
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	Cédula 1053340626	Unidad Chiquinquira
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 20				X									Shirley R.
02 07 20				X									Shirley R.
03 07 2020				X									Shirley R.
04 07 2020				X									Shirley R.
06 07 2020	X			X					X				Shirley R.
07 07 2020				X									Shirley R.
08 07 2020				X									Shirley R.
09 07 2020				X									Shirley R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	Cédula 1002526470	Unidad Chiquinquira
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 2020				X									Jennifer Ballén
02 07 2020	X			X					X				Jennifer Ballén
03 07 2020				X									Jennifer Ballén
04 07 2020				X									Jennifer Ballén
06 07 2020	X			X					X				Jennifer Ballén
07 07 2020				X									Jennifer Ballén
08 07 2020				X									Jennifer Ballén
09 07 2020				X									Jennifer Ballén
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	Cédula 1053 338 976	Unidad Chiquinquira
---	-------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
01 07 2020				X										
02 07 2020				X										
03 07 2020				X										
04 07 2020				X										
06 07 2020	X			X					X					
07 07 2020				X										
08 07 2020				X										
09 07 2020				X										
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 ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	Cédula 1082 896 913	Unidad Chiquinquira
--	-------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
01 07 2020				X										
02 07 2020				X										
03 07 2020				X										
06 07 2020	X			X					X					
07 07 2020				X										
08 07 2020				X										
09 07 2020				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

Apellidos y Nombres Completos JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	Cédula 1053348199	Unidad
--	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 2020				X								
02 07 2020				X								
03 07 2020				X								
06 07 2020	X			X					X			
07 07 2020				X								
08 07 2020				X								
09 07 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juliana Andrea Suarez Simijaca Identificado (a) con CC: 1053348199, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos v 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		
06 07 20				X					X			
07 07 20				X								
08 07 20				X								
09 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
06 07 20				X					X			Deisy Garcia
07 07 20				X								Deisy Garcia
08 07 20				X								Deisy Garcia
09 07 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos v Nombres Completos	Cédula	Unidad
NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	63362434	MONIQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
06 07 20				X					X			
07 07 20				X								
08 07 20				X								
09 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Marcela Narvaez 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
 Unidad Ejecutora de Monitoreo y Control de Calidad
 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 BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	Cédula 63529281	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
06 07 20				X					X				
07 07 20				X									
08 07 20				X									
09 07 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos Camelo Suarez Mary	Cédula 33676746	Unidad Garagoa
--	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08 07 2020	X			X									
06 07 2020	X			X									
07 07 2020	X			X									
09 07 2020	X			X									
09 07 2020	X			X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de 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 Fanny Pauley Carredo Arita	Cédula 33676330	Unidad Barroa
--	---------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
3/7/20	X	X	X	X		X			X	X			[Firma]
4/7/20	X	X	X	X		X			X	X			[Firma]
5/7/20	X	X	X	X		X			X	X			[Firma]
7/7/20	X	X	X	X		X			X	X			[Firma]
8/7/20	X	X	X	X		X			X	X			[Firma]
9/7/20	X	X	X	X		X			X	X			[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Gaitano Lopez Jimenez	Cédula 1020952786	Unidad Barroa-Quateque
---	-----------------------------	----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
03/07/20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Firma]
06/07/20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Firma]
07/07/20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Firma]
08/07/20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Firma]
09/07/20	X	X	X	X	X	X			X	X			[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gaitano Lopez Jimenez Identificado (a) con CC: 1020952786 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 018000970330
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Armando Isaac Domínguez Martínez</i>	Cédula <i>531407</i>	Unidad
---	--------------------------------	-------------------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
Fecha (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
06	07	20		X		X	X	X			X		
07	07	20		X		X	X	X			X		
08	07	20		X		X	X	X			X		
09	07	20		X		X	X	X			X		
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Yoly Monez Romoio</i>	Cédula <i>1014188587</i>	Unidad <i>Adm. industrial</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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
Fecha (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
02	07	20	X			X		X			X		
03	07	20	X			X		X			X		
06	07	20	X			X		X			X		
07	07	20	X			X		X			X		
08	07	20	X	X		X		X			X		
09	07	20	X			X		X			X		
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, *Yoly Monez Romoio* Identificado (a) con CC: *1014188587*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Castro	Cédula 1099709152	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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
2 ^o 07 2020	X	X	X	X		X						Daniela C
3 ^o 07 2020	X	X	X	X		X						Daniela C
6 ^o 07 2020	X	X	X	X		X						Daniela C
7 ^o 07 2020	X	X	X	X		X						Daniela C
8 ^o 07 2020	X	X	X	X	X	X			X	X		Daniela C
9 ^o 07 2020	X	X	X	X		X						Daniela C
DD MM AA												
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: 1099709152. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos PUPO MORENO MELISSA	Cédula 1045725343	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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 07 20			X	X		X			X			Melissa
04 07 20			X	X		X			X			Melissa
06 07 20			X	X		X			X			Melissa
07 07 20			X	X		X			X			Melissa
08 07 20	X	X	X	X	X	X			X	X		Melissa
09 07 20			X	X		X			X			Melissa
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.



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 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 8 2020				1								<i>[Signature]</i>
6 6 2020	1			1		1				1		<i>[Signature]</i>
7 7 2020				1								<i>[Signature]</i>
8 7 2020				1								<i>[Signature]</i>
9 7 2020				1		1						<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 8 2020				1								<i>[Signature]</i>
8 8 2020	1			1						1		<i>[Signature]</i>
7 7 2020				1								<i>[Signature]</i>
8 7 2020				1								<i>[Signature]</i>
9 7 2020				1								<i>[Signature]</i>
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	Cédula 23452508	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
--	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 3 2020				1		2						Flor Isabel Serrano
6 6 2020	1			1		2			1			Flor Isabel Serrano
7 7 2020				1		4						Flor Isabel Serrano
8 7 2020				1		2						Flor Isabel Serrano
9 7 2020				1		2						Flor Isabel Serrano
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO identificado (a) con CC: 23.552.508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos CLAUDIA BARRERA LOPEZ	Cédula	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	Polainas		
3 3 2020				1								
6 6 2020	1			1					1			
7 7 2020				1								
8 7 2020				1								
9 7 2020				1								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Claudia Barrera Lopez identificado (a) con CC: 40045784, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 01800019383
VIGILADO



4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1						
Apellidos y Nombres Completos <u>García León Darwin Miguel</u>			Cédula <u>12182797</u>			Unidad <u>Jersalud</u>												
Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.																		
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma						
	Copa	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollineras								
1	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit or Consultorio	Darwin			
2	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit de Consultorio	Darwin			
3	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit de Consultorio	Darwin			
4	7	2020																
FESTIVO																		
6	7	2020	X	X	X	X	X	X				X		Kit de Consultorio	Darwin			
7	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit de Consultorio	Darwin			
8	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit de Consultorio	Darwin			
9	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit de Consultorio	Darwin			
10	7	2020																
11	7	2020																
FESTIVO																		
13	7	2020																
14	7	2020																
15	7	2020																
Yo, <u>Darwin García León</u> identificado (a) con CC: <u>12182797</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>Joly Carolina Rojas</u>			Cédula <u>40326034</u>			Unidad <u>Vicio</u>												
Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.																		
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma						
	Copa	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollineras								
1	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit Consultorio 2	Joly			
2	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit Consultorio 2	Joly			
3	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit Consultorio 2	Joly			
4	7	2020																
FESTIVO																		
6	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit consultorio 2	Joly			
7	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit Consultorio 2	Joly			
8	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit consultorio 2	Joly			
9	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit Consultorio 2	Joly			
10	7	2020																
11	7	2020																
FESTIVO																		
13	7	2020																
14	7	2020																
15	7	2020																
Yo, <u>Joly Carolina Rojas Herrera</u> identificado (a) con CC: <u>40326034</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.																		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea 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 Sim Karina Orango	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

Yo, Sim Karina Orango Identificado (a) con CC: 90021094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Angelica M. Laramanga	Cédula 4032348	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

Yo, Angelica M. Laramanga 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
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Jovanra Córdoba	Cédula 35263 051	Unidad
---	----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Botinas		
1 7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
2 7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
3 7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
4 7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
FESTIVO												
6 7 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
7 7 2020												
8 7 2020												
9 7 2020												
10 7 2020												
11 7 2020												
FESTIVO												
13 7 2020												
14 7 2020												
15 7 2020												

Yo, Jovanra 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Rey Rodriguez Adriana Lorena	Cédula 1.019.071.171	Unidad Trabajo Social
--	--------------------------------	---------------------------------

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

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

Yo, Adriana Rey Rodriguez Identificado (a) con CC: 1.019.071.171, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Van. Camilo Fuentes	Cédula 701078283	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Ccbs	Monopis de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polizas				
1	7	2020	X		X									
2	7	2020	X		X									
3	7	2020	X		X									
4	7	2020	X		X									
FESTIVO														
8	7	2020	X		X									
7	7	2020	X		X									
8	7	2020	X		X									
9	7	2020	X		X									
10	7	2020	X		X									
11	7	2020												
FESTIVO														
13	7	2020												
14	7	2020												
15	7	2020												

Yo, Van Camilo Fuentes 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 Blanca Li Barvajal	Cédula 35.262.590	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Ccbs	Monopis de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polizas				
1	7	2020	X		X									
2	7	2020	X		X									
3	7	2020	X		X									
4	7	2020	X		X									
FESTIVO														
6	7	2020	X		X									
7	7	2020	X		X									
8	7	2020	X		X									
9	7	2020	X		X									
10	7	2020	X		X									
11	7	2020												
FESTIVO														
13	7	2020												
14	7	2020												
15	7	2020												

Yo, Blanca Li Barvajal M identificado (a) con CC: 35.262.590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Yuli Beltran	Cédula 40218844	Unidad Top admi
--	---------------------------	---------------------------

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

ID	DD/MM/AA	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
		Ceña	Monopos de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pulseras				
1	7/2020	X	X		X										Yuli B.
2	7/2020	X	X		X										Yuli B.
3	7/2020	X	X		X										Yuli B.
4	7/2020	X	X		X										Yuli B.
FESTIVO															
6	7/2020	X	X		X										Yuli B.
7	7/2020	X	X		X										Yuli B.
8	7/2020	X	X		X										Yuli B.
9	7/2020	X	X	X	X										Yuli B.
10	7/2020														
11	7/2020														
FESTIVO															
13	7/2020														
14	7/2020														
15	7/2020														

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.

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

Apellidos y Nombres Completos Paola Tulibila	Cédula 1121926326	Unidad Adm.
--	-----------------------------	-----------------------

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

ID	DD/MM/AA	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
		Ceña	Monopos de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pulseras				
1	7/2020	X	X		X										Paola Tulibila
2	7/2020	X	X		X										Paola Tulibila
3	7/2020	X	X		X										Paola Tulibila
4	7/2020														
FESTIVO															
6	7/2020	X	X		X										Paola Tulibila
7	7/2020	X	X		X										Paola Tulibila
8	7/2020	X	X		X										Paola Tulibila
9	7/2020	X	X	X	X										Paola Tulibila
10	7/2020														
11	7/2020														
FESTIVO															
13	7/2020														
14	7/2020														
15	7/2020														

Yo, **Paola Tulibila** identifico (a) con CC: **1121926326** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Aura Roa	Cédula 1.121.898.957	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:

D	M	A	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Cota	Monogua de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	7	2020	X	X		X			X				X			
2	7	2020	X	X		X			X				X			
3	7	2020	X	X		X			X				X			
4	7	2020														
FESTIVO																
6	7	2020	X	X		X			X				X			
7	7	2020	X	X		X			X				X			
8	7	2020	X	X		X			X				X			
9	7	2020	X	X		X			X				X			
10	7	2020														
11	7	2020														
FESTIVO																
13	7	2020														
14	7	2020														
15	7	2020														

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 Diego Bocanegra	Cédula 1107054334	Unidad
---	-----------------------------	--------

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

D	M	A	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Cota	Monogua de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
2	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
3	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
4	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
FESTIVO																
6	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
7	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
8	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
9	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
10	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-		
11	7	2020														
FESTIVO																
13	7	2020														
14	7	2020														
15	7	2020														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Sandoval	Cédula 1043000102	Unidad Jersalud
--	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pelotas
26 06 20				X								[Firma]
30 06 20				X								[Firma]
01 07 20			X	X		X			X			[Firma]
02 07 20				X								[Firma]
03 07 20				X								[Firma]
04 07 20				X								[Firma]
06 07 20				X								[Firma]
07 07 20				X								[Firma]
08 07 20			X	X		X			X			[Firma]
09 07 20			X	X		X			X			[Firma]

4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

Apellidos y Nombres Completos ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	Cédula 1121914029	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha	Cofia	Monogata de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
1 7 2020				X								[Firma]
2 7 2020				X								[Firma]
3 7 2020				X								[Firma]
4 7 2020				X								[Firma]
7 7 2020				X								[Firma]
8 7 2020				X								[Firma]
9 7 2020				X								[Firma]
10 7 2020				X								[Firma]
11 7 2020				X								[Firma]
13 7 2020				X								[Firma]
14 7 2020				X								[Firma]
15 7 2020				X								[Firma]
16 7 2020				X								[Firma]
17 7 2020				X								[Firma]
21 7 2020				X								[Firma]
22 7 2020				X								[Firma]
23 7 2020				X								[Firma]
24 7 2020				X								[Firma]
28 7 2020				X								[Firma]
27 7 2020				X								[Firma]
28 7 2020				X								[Firma]
30 7 2020				X								[Firma]
30 7 2020				X								[Firma]
31 7 2020				X								[Firma]

Yo, ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ (Identificado (a) con CC: 1121914029) Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comandante Nariño, 010001910303
VIGILADO



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

Nombre y Apellido Completo JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	Cédula 12565313	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 992 de 1994, Dec. 656 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 175 de la Res. 2400 de 1973, Decreto 1072 de 2015 usual Art 2.2.4.8.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

No. de entrega	Fecha	Código	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma			
			Cable	Alfombrilla de seguridad	Cinturón	Tapabocas	Tapabocas de protección	Tapabocas ABS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de látex	Guantes de nitrilo			Respirador de cabina	Respirador de cabina	Redes de protección
1	7	2020		X		X		X		X							
2	7	2020		X		X		X		X							
3	7	2020		X		X		X		X							
4	7	2020		X		X		X		X							
5	7	2020		X		X		X		X							
6	7	2020		X		X		X		X							
7	7	2020		X		X		X		X							
8	7	2020	X	X		X		X		X							
9	7	2020	X	X		X		X		X							
10	7	2020															
11	7	2020															
13	7	2020															
14	7	2020															
15	7	2020															
16	7	2020															
17	7	2020															
21	7	2020															
22	7	2020															
23	7	2020															
24	7	2020															
25	7	2020															
27	7	2020															
28	7	2020															
29	7	2020															
30	7	2020															
31	7	2020															

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	FIGTH003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Identificación - Nombre y Apellido ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	Cédula 1121925238	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 1954, Dec. 962 de 1964, Dec. 885 de 1970 y Res. 45 de 1932 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

No.	Fecha	Año	Elementos de Protección Personal										Firma			
			Botas de seguridad	Casco de seguridad	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de algodón	Guantes de cuero	Guantes de fibra	Guantes de caucho	Guantes de PVC	Guantes de otros				
1	7	2020		X	X			X								
2	7	2020		X	X			X								
3	7	2020		X	X			X								
4	7	2020		X	X			X								
5	7	2020		X	X			X								
6	7	2020		X	X			X								
7	7	2020		X	X			X								
8	7	2020		X	X			X								
9	7	2020	X	X	X			X								
10	7	2020														
11	7	2020														
12	7	2020														
13	7	2020														
14	7	2020														
15	7	2020														
16	7	2020														
17	7	2020														
18	7	2020														
19	7	2020														
20	7	2020														
21	7	2020														
22	7	2020														
23	7	2020														
24	7	2020														
25	7	2020														
26	7	2020														
27	7	2020														
28	7	2020														
29	7	2020														
30	7	2020														
31	7	2020														

Yo, ANA MARGARITA ZAMBRANO identificado (a) con CC: 1121925238, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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, 01000190302
VIGILADO



4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
6 7 20				X		X					Gorro quirurgico	
7 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						
9 7 20				X		X						
10 7 20				X		X						
11 7 20				X		X						

Yo, Liliana Celedonia Fonseca identifico (a) con CC: 37094408, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
6 7 20				X		X			X			
7 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						
9 7 20				X		X						
10 7 20				X		X						
11 7 20				X		X						

Yo, Naira Guerra Vargas identifico (a) con CC: 1.121.889.427, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800010303
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
6 5 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
7 7 20				X		X						
8 7 20				X		X						
9 7 20				X		X						
10 7 20				X		X						
11 7 20				X		X						

Yo, Yadira Toro Pineda Identificado (a) con CC: 1122130462, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 4 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
7 7 20				X		X						
8 7 20				X		X						
9 7 20				X		X						
10 7 20				X		X						
11 7 20				X		X						

Yo, Haidivy Romero Identificado (a) con CC: 52776902, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogiro de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
6 7 20				X		X			X		Gerro quirurgico	
7 7 20				X		X						
8 7 20				X		X						
9 7 20				X		X						
10 7 20				X		X						
11 7 20				X		X						

Yo, Nohora Alejandra Piraban Perez Identificado (a) con CC: 1122120131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

Apellidos y Nombres Completos HERNAN DARIO RAMOS	Cédula 97611226	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	Monogiro de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
				X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	

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.

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
LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	40446687	ADMINISTRATIVO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polizas		
15/07/2019				X		X			X			<i>Lu Esperanza</i>
16/07/2019				X		X						<i>Lu Esperanza</i>
17/07/2019				X		X						<i>Lu Esperanza</i>
18/07/2019				X		X						<i>Lu Esperanza</i>
19/07/2019				X		X						<i>Lu Esperanza</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polizas		
15/07/2019				X		X			X			<i>Maria Olinda</i>
16/07/2019				X		X						<i>Maria Olinda</i>
17/07/2019				X		X						<i>Maria Olinda</i>
18/07/2019				X		X						<i>Maria Olinda</i>
19/07/2019				X		X						<i>Maria Olinda</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/07/2019				X		X			X			<i>Diego Baron</i>
07/07/2019				X		X						
07/07/2019				X		X						
07/07/2019				X		X						
07/07/2019				X		X						

Yo, Diego 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/07/2019				X		X			X		MONOGAFAS ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>Andrea Santos Rodriguez</i>
07/07/2019				X		X						
07/07/2019				X		X						
07/07/2019				X		X						
07/07/2019				X		X						

Yo, Andrea Santos Rodriguez 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 Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Nombre Completo	Cédula	Unidad
Esneider Manotas	17953.025	Cineclogia/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
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas		
01 07 20					1				1			
02 07 20									1			
08 07 20	1			1	1				1			
09 07 20									1			

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

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

Nombre Completo	Cédula	Unidad
Oscar Jimenez	1051090740	Psicologica/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
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas		
08 07 20				3								

Yo, Oscar Jimenez identificado (a) con CC: 1051090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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	Código	Unidad
Vivian Suarez	118.537.038	Med. Interna/Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas			
06/07/20	1			1	1								Vivian A Suarez
07/07/20	3			3									Vivian A Suarez

Yo, Vivian Suarez identificado (a) con CC: 118.537.038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
Henry Dario Cua	9432965	Med: General/Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas			
07/07/20	5			5	1								[Firma]


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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800091033
VIGILADO



5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/07/2020		MILENA QUINTERO		CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO		CAROLINA HERNANDEZ H	
 INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL							
FUGIMJUE1 Versión: 1 oct-18 1DE1							
Calificación del evaluador: 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	Omita los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15			PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/07/2020	DEISY YARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	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	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			

Página 1


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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800070333
 Línea Correo Nacional: 01800070333
VIGILADO




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/07/2020		ANA ROMERO		CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	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		12			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
3/07/2020		SANDRA MALAYER		CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	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 polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			
TOTAL		12			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					PUNTAJE
(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	
9/07/2020		CONSTANZA BENAYIDES		CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO		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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR SIAU		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR SIAU		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR SIAU		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		12			PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027	
				Versión: 1	
				oct-18	
				1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
3/07/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
TOTAL		13			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Lima, D.C.
 Unidad Central Operativa - Lima, D.C.
 Unidad Central Operativa - Lima, D.C.
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		
9/07/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	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	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			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
		PUNTAJE			
		0% - 80%		NO CUMPLIDO	
		80% - 94%		ACEPTABLE	
		95% - 100%		SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/07/2020		GIOVANY RODRIGUEZ		CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO		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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsina tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13			PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027			
				Versión: 1			
				oct-18			
				1DE 1			
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/07/2020		ELIDA DE AGUAS		CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO		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	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					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1DE1
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
9/07/2020	LEIDY JASMITH SAENZ RUIZ	AUX. DE ENFERMERIA / MONQUIBA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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			SEMANALMENTE
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	AREA DE ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS DESINFECTANTES ESTA A CARGO DE SMARTH BUSSINES.
TOTAL		14	0	1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%			
					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
9/07/2020	DEISY YANETH GARCIA	AUX ADMON/ MONIQUIRA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	11	0	4
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO			
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910332
VIGILADO



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/07/2020		IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS		PYP		LEIDY JASMITH SAENZ RUIZ	
Calificación del evaluador: 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			SEMANAL		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA		
TOTAL		15	0	15	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80% NO CUMPLIDO		
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94% ACEPTABLE		
					95% - 100% SOBRESALIENTE		



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/07/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY JASMITH SAENZ RUIZ


Calificación del evaluador: 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			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA


TOTAL	15	0	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
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027			
				Versión: 1			
				oct-18			
				1 DE 1			
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
3/07/2020		MARCELA NARVAEZ		MEDICO GENERAL / MONQUIRA		IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	
3/07/2020							
Calificación del evaluador: 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			SEMANALMENTE		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	AREA DE ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS DESINFECTANTES ESTA A CARGO DE SMARTH BUSSINES.		
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/07/2020	Gloria Avendaño	Adm-Asista	Gloria Avendaño


Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	11			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
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/07/2020	Luis Cepeda	Administración	Glora Avendaño

Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	11		
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
 Lima, Correo Nacional, 010001910332
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
8/07/2020	Angela Fajardo	Asistencial	6bna Arendón

Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	14		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/07/2020	Oswaldo Gutierrez	Asistencia	Gracia Avendaño


Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	14		
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
8/07/2020	Diana Acero	Asistencia	Gloria Avendaño

Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	12		
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
 Lima, Coram Nacional, 01800010303
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/07/2020	Diana Corcoba	Asistencial	Olivera Arendán

Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	13		
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
8/07/2020	Lina Arque	Adm	Gracia Arredondo


Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	14		
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
8/07/2020	Alejandra Pinzon	Adm	Gloria Avendaño


Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	12		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/07/2020	Nancy Hoyos	Asistencia	Gloria Avendaño


Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	14		
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
8/07/2020	Hidalgu triana	Adm	Gloria Arredondo


Calificación del evaluador: 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		FALTA 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	12										
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)											
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">PUNTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </tbody> </table>				PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
PUNTAJE											
0% - 80%	NO CUMPLIDO										
80% - 94%	ACEPTABLE										
95% - 100%	SOBRESALIENTE										



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Windy Garitan	Asistencial	Aura Cristina Londono O.

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

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

TOTAL	13 0 2
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Villavicencio D.C.
 Línea Central Nacional: 08000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
08/07/2020	Jose Adelmo Pareda	Asistencial	Alicia Cristina Lardone O

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

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

TOTAL	33	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
 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
08/07/2020	Diego Bocanegra	Administrativa	Aura Cristina Landero Cuevas


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

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

TOTAL	8	0	7
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
08/07/2020	Rolih Mary Baquero	Asistencial	Aura Cristina Londoño Queros

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

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

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Operativa de Atención Primaria
 Línea Corriente Nacional - 0180001910333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Mara Emilia Nacarri	Acrofencial	Alicia Cristina Lombardo Querao

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

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

TOTAL	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
 Lima, Correo Nacional: 010001910303
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
08/07/2020	Angelica Larraraga	Asistencial	Aura Cristina Lombro Quiras

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

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Darwin Miguel Gomez	Asistencial	Aura Cristina Lombro Ovaras

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

Nº	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogetas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Se recomienda el uso de tapabocas permanente.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda lavado de manos y uso permanente de tapabocas
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechados de un solo uso
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores 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	11	0	4
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0200019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Yuly Rojas	Asistencial	Ara Cristina Londono Quera


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

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

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
08/07/2020	Daisy Paola Tolibila	Administrativa	Auro Cristina Latorre Ovencos.

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 01000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Aura Milena Poca F.	Administrativa	Aura Cristina Landero Ocaso

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

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

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados: 1.100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Yamile Sabogal	Asistencial	Aura Cristina Lombardo Duran

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

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

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0800910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Juan Camilo Puentes	Asistencial	Aura Cristina Londoño Quintero

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Blanca lo Concejel	Asistencial	Aura Cristina Londoño Ochoa


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800010303
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
08/07/2020	Jovanna Cordoba	Asistencial	Araa Cristina Londono O.


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

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

TOTAL:	12	0	3	PUNTAJE:	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Giina Karina Arango	Asistencia	Aura Cristina Landero O.

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

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

TOTAL:	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0800909033
VIGILADO



5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
9/07/2020		JORGE CLAVIJO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible para uso en consultorio		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible para uso en consultorio		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		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	
9/07/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			insumo disponible en consultorio para uso se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Overol o bata disponible cuando se requiera uso		
5	Evita utilizar los elementos de protección 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		Se recomienda uñas cortas de manera permanente		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
9/07/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda retirar elementos de protección como overol y bata antes de salir del área de trabajo		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		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
9/07/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL	NAIRA GUERRA YARGAS
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando así se requiera
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en línea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			
TOTAL		12	0	3	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
		PUNTAJE			
		0% - 80%		NO CUMPLIDO	
		80% - 94%		ACEPTABLE	
		95% - 100%		SOBRESALIENTE	

Página 1




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
9/07/2020		HAIDIY ROMERO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando así se requiera		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en línea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
9/07/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores 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		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/07/2020	MARLY GARCIA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

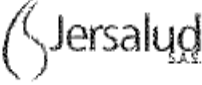
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

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			
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 botinas tapabocas) Y aplica las Buenas practicas de seguridad)			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Control y Vigilancia Epidemiológica
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9/07/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

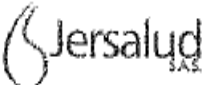
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

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

TOTAL	13	1	1	LEGENDA PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9/07/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

TOTAL	14	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	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/07/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

TOTAL	13	0	2	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: 01800019033
VIGILADO



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

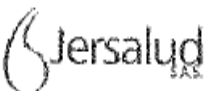
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9/07/2020	RONNIE CARMONA	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección 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	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			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
9/07/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	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	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/07/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid 19.	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid 19.	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/07/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid 19.			x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/7/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			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	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
9/7/2020		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		
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
 Linea de Control Nacional: 01800070332
 Vigilado



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
9/7/2020		MARIAN CASTRO		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
07 de julio de 2020		Cesar Duarte		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
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
07 de julio de 2020	Harold Peñaranda	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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




FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
07 de julio de 2020		Henry Dario Uya Pelayo		Asistencial	Ysella Gonzalez
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
TOTAL		13	0	2	
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		
					1DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
07/07/2020		Johana Rincon Nocua		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.			X	Auxiliar administrativa		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores 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		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		0% - 80%		NO CUMPLIDO			
		80% - 94%		ACEPTABLE			
		95% - 100%		SOBRESALIENTE			



	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
07/07/2020	Vanesa Charris	Asistencial	Ysella Gonzalez


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

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




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



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

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08 de julio de 2020	Oscar Jimenez	Asistencial	Ysella Gonzalez


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06 de julio de 2020		Karen Solano		Administrativo	Ysella Gonzalez
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Jefe de calidad
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o	X			
10	Los trabajadores 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	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	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06 de julio de 2020	Arlyn Ramirez	Administrativo	Ysella Gonzalez


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

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06 de julio de 2020	Yorz Socha	Administrativo	Ysella Gonzalez

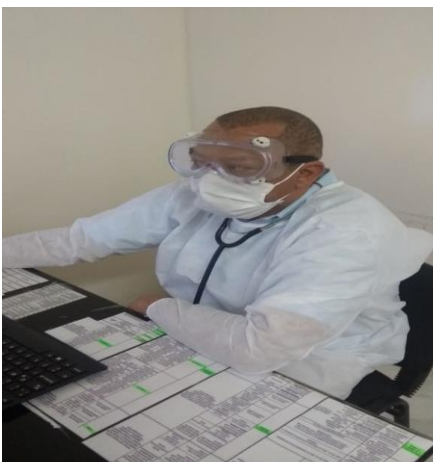
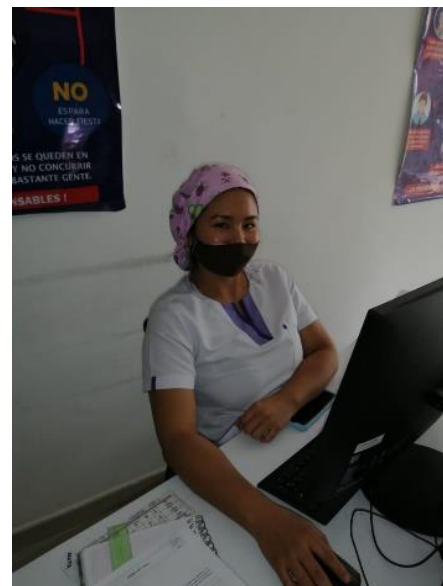
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

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

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



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 01800091030

www.jersalud.com



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





6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
24-06-2020	Doris Matocca Lopez	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Doris
25-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
25-06-20	Mario Pablo Reyes	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
26-06-20	Jenny Gabriela Gutierrez	Analista SSI	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
26-06-20	Doris Matocca Lopez	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Doris
26-06-20	Mario Pablo Reyes	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
26-06-20	Enrika Vargas	Asist. Adm	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Enrika
26-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
26-06-20	Gabriela Gutierrez	Analista SSI	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriela
27-06-20	Mario Pablo Reyes	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
29-06-2020	Doris Matocca Lopez	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Doris
30-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
30-06-20	Mario Pablo Reyes	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
30-06-20	Enrika Vargas	Asist. Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Enrika
30-06-20	Jenny Gabriela Gutierrez	Analista SSI	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
01-07-2020	Doris Matocca Lopez	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Doris
01-07-20	Jenny Gabriela Gutierrez	Analista SSI	Admin	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
27/06/20	Maria Mojica U	Medico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
27/6/20	Jorge Torres	Medico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jorge
27/6/20	Yady Chalfo	Enfermera	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yady
27/6/2020	Alfonso Wintana	Med General	C Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso
27/6/2020	Blanca N. Vargas	Medico Sede	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
27/06/2020	Wendy Paola	Nutricionista	C ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
27/6/20	Juan Fonseca	Psicologo	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
27/6/20	Joel D	MD	C Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Joel
27/06/20	Juz Hanna Mayra	Medico	C ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Juz
27/06/20	Alfonso Wintana	Med general	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso
27/06/2020	Wendy Paola	Nutricionista	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
27/06/20	Mario Pablo Reyes	Aux Admin	Admin	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
30-06-20	Diana Maria Rojas	Aux. Gerencia	C. Gerencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
30-6-20	Mario Rodriguez	Aux Administ	C. Ext	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
30-06-20	Juliana Belarier	Enfermera	C/Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
30/06-20	Juz Hanna Mayra	Medico	C. exte	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juz
30/06-2020	Blanca Nubia V	Coord. Asist	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
30/06/20	Monica Flea	Medico	C ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Monica

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30/6/20	Sandra Mora	Aux. Conf.	C. Conf.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Aux. Conf.	C. Conf.	-	-	36.4	-	-	-	-	-	-	[Signature]
30/6/20	Andrea Zepeda	Aux. Admin	Admince	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	CERT	No	No	37.6	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	Josely Torres	Medico	C. Ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	Andrea Fagua	Aux. Colon.	odont.	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Odontologo	Odontolog	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Reservista	C. Ext	No	No	34.8	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-1-20	Yolcy Calle	Enfermera	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-6-20	[Signature]	Nutricionista	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-06-2020	[Signature]	Med. Gen	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-6-20	[Signature]	psicologo	C. Conf.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-6-20	[Signature]	Aux. Colon.	C. Conf.	No	No	37.2	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Aux. ADM	ADM	N	N	35.6	N	N	N	N	N	N	[Signature]
30/06/20	Monica Fleury	Medico	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	MD	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	MD	C. Ext	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	[Signature]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30/6/20	Isabel Helena A	Medico	C. Conf.	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	C. Conf.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	CERT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	C. Ext	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	C. Conf.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	N.D	C. Ext	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Med. Gen	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-6-20	[Signature]	Medico	C. Conf.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-6-2020	Alexis Mayra Cecilia Lopez	Aux. Administrativa	ADMINISTRACION	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30-6-20	[Signature]	psicologo	C. Conf.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Odontologo	Odontolog	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	MD	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Aux. ADM	ADM	N	N	36.7	N	N	N	N	N	N	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	Medico	C. Conf.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/6/20	[Signature]	MD	C. Conf.	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/06/20	[Signature]	M.D	C. EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Signature]
30/06/20	[Signature]	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Signature]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800019333
VIGILADO

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



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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en otra entidad?)		
1-07-20	Liliana Flavia Rojas	Auxiliar S. General	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Andrés Zapata	Aux. Administra	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Andrés Sánchez	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Monica Flacort	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Zulma Belaruci	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Luz Marina Mejia	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Claudia Montoya	Medico	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Yolanda Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Yolanda R. Calle	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Blanca N. Vasquez	Asist. S. General	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/7/20	Estimador	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-11-20	Vladimir Barrios	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-07-20	María Luisa Pacheco	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Juan Joseca	psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Diana Alvarado	Aux ADM	ADM	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Jorge Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Juan Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Jorge Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Gerson Quiroga	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Andrés Quiroga	Medico	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Isabel Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Luz Mejia	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Henrry Jara	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Isabel Mejia	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Sara	MD	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-07-20	Juan	M.D	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-07-20	Francisco	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-07-20	Andrés	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en otra entidad?)		
01-07-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Mario Pala Fajó	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Angela Beltrán	p. social		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Diana Torres	Aux Administr	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Diana Torres	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Mario Pala Fajó	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

www.jersalud.com



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



Jersalud FIGAA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?					
02-07-20	Liliana Betancur	Enfermera	q/externa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Alfonso Cortés	Med General	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Blanca N. Vargas	Coord. Sede	C. S.A.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Honora Flare	Medico	Cext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Yaneth Torre	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	David Jimenez	Colaborador	Celablog	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Yely P. Ochoa	C. Ext	Enferm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Arminio	CERT	Medico	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Ledy Jimenez	Aux. odontol.	odontol.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Suelva Alvar	Aux. adm.	C. ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Suelva Alvar	Aux. adm.	C. ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Suelva Alvar	Aux. adm.	C. ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Juan Antonio	Psicologo	C. Ext	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Arminio	Medico	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-07-2020	Alfonso Vargas	Medico Gen	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Juan Carlos	M.D.	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Juan Luis	M.D.	C. ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

2-7-20 Jax Gil M.D. C. Ext. NO NO 36.5 NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO [Firma]

5/7/20/20 Geisson Gonzalez Medico C. Ext. NO NO 36.8 NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO [Firma]

2/07/20 Bol. Torres Medico C. Ext. NO NO 36.5 NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO [Firma]

Jersalud FIGAA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?					
2-07-20	Juan Carlos	M.D.	C. EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-07-20	Medico Redondo	Nutricionista	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Coram Nacional: 01800019333
 VIGILADO



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

ENTRADA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
02/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02/07/20	Diana CERCADO	AUX FARM	ADM	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
2-7-20	Diana Acevedo	AUX FARM	Medic	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
2-7-20	Wancy Marroquin	Médico	ASIST	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	W
2-07-20	Geanylora Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Geanylora
2-07	Alejandra P	ADM Adm	Adm	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
02-07-20	Hudaly Triana	Aux Admin	Administr.	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly
02-07-20	Gloria Arango	Coordinadora	Asistec	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
2-07-20	David Guehen	Médico	ASIST	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	David
02/07/20	Wancy Marroquin	MEDIC	ASIST	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	W

SALIDA

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)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
02-07-20	Wancy Marroquin	MEDIC	ASIST	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	W
02-07-20	Geanylora Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Geanylora
2-07-20	David Guehen	Médico	ASIST	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	David
02-07-20	Gloria Arango	Coordinadora	Asistec	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
02-07-20	Hudaly Triana	Aux Admin.	Administr.	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly
02-07-20	Wancy Marroquin	MEDIC	ASIST	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	W
02-07-20	Wancy Marroquin	MEDIC	ASIST	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	W

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 01 de Julio del 2020
 Vigilado



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrejaja	Fatiga y Adremitis	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
30/07/20	Diana P. Arco	Enfermera	Asistenc.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Diana A.
30/07/20	Olivia Caceres	Aux Admin	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Olivia C.
07/07/20	Luis Roberto	Médico	Asistenc.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Luis R.
3-7-20	Lina M. Rojas	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Lina M.
3-7-20	Hidaly Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly T.
3-07-20	Esmeralda Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Esmeralda C.
3-07-20	Nancy Montoya	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy M.
03/07/20	Luis Roberto	Médico	Asistenc.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luis R.
03-07-20	Alexandra P	Aux Adm	adm	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra P.
3-07-20	Olivia Caceres	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia C.
3-07-20	Luis Roberto	Médico	Asist	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luis R.

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrejaja	Fatiga y Adremitis	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
03-07-20	Nancy Montoya	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy M.
03/07/20	Luis Roberto	Médico	Asistenc.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luis R.
03-07-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra P.
03-07-20	Hidaly Triana	Aux Adm.	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly T.
3-7-20	Olivia Caceres	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia C.

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



ENTRADA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				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	Odiñefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
04-07-20	Hidalgo Triana	Aux Admin.	Admini	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Charaló Ceballos	Médico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	José N. Rodríguez	Médico	Asist	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Diana Ceballos	Aux Admin	Admin	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
04-07-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A
SALIDA													
04-07-20	Charaló Ceballos	Médico	Asist	NO	NO	39,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Diana Ceballos	Aux Admin	Admin	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
04-07-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A
04-07-20	Hidalgo Triana	Aux Admin	Admini	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				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	Odiñefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
06-07-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten.	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A
06-07-20	Gloria Arellano	Coordinadora	Asist	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	Lina Arce	Admin.	Admin	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	Nancy Nogelín	med	Asist	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	Hidalgo Triana	Aux Admin	Admini	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	José N. Rodríguez	Médico	Asist	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	Charaló Ceballos	Médico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	José Filio S	Médico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	Diana Ceballos	Aux Admin	Admin	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
06-07-20	Alexandra Pinzon	Aux Admin	Admini	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Ondefagia	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
06-07-20	Nancy Macollan	Medico	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-07-	Alexandria Pmzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-07-20	Opina de Gutierrez	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-07-20	Yopda Finkes	Medico	Asistad.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-07-20	Hedaly Tr	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-07-20	Gloria Avendaño	Coordinador	Asistad	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-07-20	Suelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06/07/20	Diana Arce	Enfermera	Asistad	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06/07/20	Diana Arce	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

ENTRADA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Ondefagia	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
07-07-20	Hedaly Tronco	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07/07/20	Diana P. Arce	Enfermera	Asistad	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07/07/20	Diana Arce	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7-6-20	Lina Arce	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-06-20	Gloria Avendaño	Coordinador	Asistad	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-06-20	Nancy Macollan	Medico	ASIST	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-06-20	Alexandria P	Aux Adm	Adm	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-07-20	Opina de Gutierrez	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-07-20	Yopda Finkes	Medico	Asistad	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-07-20	Suelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
												SALIDA	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondivaga	Fatiga y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
07-20-19	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.8 (NO)	NO	NO	NO	NO	NO	Jipi	
07-07-20	Jorge Deby Tapia	Médico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Jepi	
07/07/20	Orlando Caceres	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
												FARMACIA	
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	Ondivaga	Fatiga y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
07/07/20	Diana Caceres	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	36.9	
07/07/20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
05-07-20	Hedaly Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
09-07-20	Glenda Isabel Arends	Asist Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
08-07-20	Orlando Caceres	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
08/07/20	Juan Ruzmy	Médico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
08-07-20	Jorge Tapia S	Médico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
												SALIDA	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondivaga	Fatiga y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
08/07/20	Diana Arends	Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	OIMMA	
08/07/20	Diana Caceres	Aux Adm	Adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando	
8/7/20	Orlando Caceres	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Jepi	
05-7-20	Hedaly Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
08-07-20	Glenda Arends	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	
08/07/20	Juan Ruzmy	Médico	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jepi	

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



ENTRADA

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondireteja	Fatiga y Adinamia			
09-07-20	Heddy Triana	Aux Admin.	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09/07/20	Diana Celsa	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-20	Lidia Arango	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Gloria Avendes	Coordinadora	Asistecia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Wendy Mercedes	MEDELO	AJU	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Kevin Widy	MO:W	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Orlando Bohner	Médico	Aten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09/07/20	Escipión Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

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 esta entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondireteja	Fatiga y Adinamia			
07-07-20	Sander Holava	Aux Admin	Línea Frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Deisy (en) M. H. H. H.	coord.	Admón	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-7-20	W. Constante B	Aux Adm	SISOU	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/07/20	Sebastian Rios	Medico	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/07/20	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencial	SI	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-7-20	Egna Canillo	MO	Cent	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-07-20	Dina Romero	Aux Adm	Inten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/07/20	Araceli Rodriguez	Medico	C.EXT.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/20	Elisabete Aguirre	Medico	C-EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



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 sintonología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en esta entidad?		
07/07/20	Dina Romero	Aux. Odontol	Linea Fronte	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	Deisy Vargas	aux. enferma	asistencial	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	Sebastian Rivas	Medico	Cent	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	MacGonzalez B	Aux. Adm	serv	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel
08/07/20	Deisy Carolina Hernandez	Admin	coofd.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	Carla Camilo	MD	Cent	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	Sandra Melara	Aux. Admin	Linea de G	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	Giovanni Rodriguez	Medico	C. Exot.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
08/07/20	Elisa de la Cruz	Medico	CEXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

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 sintonología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en esta entidad?		
06/07/20	Dina Romero	Aux. Odontol	Linea Fronte	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	Deisy Vargas	aux enferma	asistencial	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	Carla Camilo	MD	Cent	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	Sebastian Rivas	MD	Cent	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	Deisy Carolina Hernandez	coofd.	cent	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	MacGonzalez B	Aux. Adm	serv	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel
06/07/20	Sandra Melara	Aux. Admin	Linea Fronte	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	Giovanni Rodriguez	Medico	C. Exot.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven
06/07/20	Elisa de la Cruz	Medico	CEXT	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shaloven

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												ECSA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
09-07-20	Sandra Malaver	Aux. Admin	Línea Front	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
5-7-20	MICANTONZO	Aux. Adm	SICU	SI	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]
9/7/20	Lebastian Biers	medico	Ceot	SI	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
9/07/20	Deisy Vargas	aux. enfermeria	asistencial	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-7-20	Carla Cantillo	MD	Ceot	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09.07.20	Deisy Carollin	coofd.	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Sheila Ramirez	aux. activo	Línea Front	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09/07/20	Giovanni Lopez	Medico	C.EXT.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/7/20	Eludenis Lopez	Medico	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												ECSA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
6/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDEAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDEAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDEAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDEAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Coram Nacional: 01800019030



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES														
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar a diario (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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario		
1/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley R
1/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
1/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
1/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
1/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
1/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
1/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
2/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
2/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
2/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
2/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
2/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
2/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
3/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
3/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
3/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
3/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
3/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
3/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
3/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
4/07/2020	Leidy Buitrago S.	Enfermera	Enfermera	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
04/07/2020	Gloria Ballesteros S	Medico General	Medico General	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
04/07/2020	Jennifer Ballen	Aux Activo	Aux Activo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
04/07/2020	Shirley Roncancio	Aux Activo	Aux Activo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
06-07-2020	Milady Melissa Cardenas	Aux. administrativa	Linea frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa

6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES														
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar a diario (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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario		
2020-07-09	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-09	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA/ LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-09	LEIDY YASMITH SANCZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-09	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-09	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-09	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUQUET	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Linea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA/003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-07	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-07	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.8	SI	NO	NO	NO	NO	
2020-07-07	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	SI	NO	NO	NO	NO	
2020-07-07	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	
2020-07-07	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.7	SI	NO	NO	NO	NO	
2020-07-07	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	35.8	SI	NO	NO	NO	SI	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA/003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-08	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-08	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-08	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-08	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-08	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-07-06	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-06	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-06	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-06	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.7	SI	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-06	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	NO	

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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-07-03	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-03	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-03	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-03	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-03	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
03-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
03-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
05-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
06-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
07-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
07-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09-07-2020	Mery Camelo	Aux Administ	Linea de Frente	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
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	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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
3-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enferm	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003	
											Versión 2	
											may 20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
06-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guatemala

www.jersalud.com

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa - Guatemala, D.C.
 Línea Central Nacional: 02600910303
VIGILADO



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



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrajía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	37.2	No	No	No	No	No	No	Noted
30/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	37.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	37.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Noted

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
------------	--	---

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrajía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
30/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Noted
31/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Noted
4/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Noted
4/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo M	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Noted
01/07/2020	Melissa Pupo Mera	Medico General	Consultorio 4	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Noted

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión 2
		may 20 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
3/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Adminis	Línea frente	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
3/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
04/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
04/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
06/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
06/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
07/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
07/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
08/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
08/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz
09/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Línea frente	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly Muñoz

6.1.6 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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
9/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
9/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
9/07/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Floir Isabel
9/07/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Floir Isabel
9/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
9/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
9/07/2020	DERY JULIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Dery Juliana
9/07/2020	DERY JULIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Dery Juliana
10/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
10/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
10/07/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Floir Isabel
10/07/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LÍNEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Floir Isabel
10/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
10/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
10/07/2020	DERY JULIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Dery Juliana
10/07/2020	DERY JULIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Dery Juliana

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



Jersalud **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiroga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
3/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
3/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
3/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
3/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
3/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
3/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
3/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy
3/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy
4/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
4/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
4/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
4/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
4/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
4/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
4/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy
4/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy

Jersalud **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiroga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
7/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
7/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
7/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
7/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
7/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
7/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
7/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy
7/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy
8/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
8/07/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No		No	No	No	No	No	No	Acuña
8/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
8/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No		No	No	No	No	No	No	Trabala
8/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
8/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Vicibautab
8/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy
8/07/2020	DESY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No		No	No	No	No	No	No	Deisy

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



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FÓRMULARIO DE VERIFICACIÓN DIARIA ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Año de Ingreso	Está con síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha usado correctamente el equipo de protección personal del mismo momento	Temperatura > 38°C	Tos	Ortitis	Otitis media	Otitis externa	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en esta actividad?	Firma del trabajador
09/07/20	Yamile Salgado	Medico - Asistencia		no	no	36.3	no	no	no	no	no	si	[Firma]
09/07/20	Blas Barrios	Pediatrica - Asistencia		no	no	36.1	no	no	no	no	no	si	[Firma]
09/07/20	Comila Gomez	odontologos - Asistencia		no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]

FÓRMULARIO DE VERIFICACIÓN DIARIA ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Año de Ingreso	Está con síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha usado correctamente el equipo de protección personal del mismo momento	Temperatura > 38°C	Tos	Ortitis	Otitis media	Otitis externa	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en esta actividad?	Firma del trabajador
09/07/20	Angela Lopez	Medico	Asistencia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Jenny Gutierrez	Aux Enfermera	Asistencia	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Yuliana Rivera	Aux enfermera	Asistencia	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Beth Baquero	Dir. Enfermeria	Asistencia	No	Si	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Paola Galindo	Dir. Enfermeria	Asistencia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Geira Tellez	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Diana Villalba	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Liliana Chaves	Bucal higienista	Asistencia	No	No	35	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Maly Romero	Aux. laboratorio	Asistencia	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Katherine Chingali	Aux. Admón	Admón	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Alexandra Ruiz	Aux. laboratorio	Asistencia	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Daniela Canero	Aux. Calidad	Admón	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Sebaad Linares	Coord. Sede	Admón	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Jessica Camon	Aux. Admón	Admón	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Anra bondoso	Analista S.S.T	Admón	No	No	37.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Maria José Bonilla	Aux. T.H	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Yicha Navarro	Aux. Pasadizo	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Sebastian Falla	Aux. Pasadizo	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Karen Melo	Dir. Laboratorio	Admón	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	Denara Pinto	Aspirador	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
09/07/20	soan Fuentes	Medico - Asistencia		no	no	36.4	no	no	no	no	no	si	[Firma]
09/07/20	Karina Arango	Medico - Asistencia		no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	[Firma]
09/07/20	Jessica Cardona	Medico - Asistencia		no	si	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C.
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN BIEN ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
EVALUACIÓN												
Fecha: 2												
Mes: 07												
Lote: 1												
Fecha	Nombre y Apellido del trabajador	Cargo	Área de Colaboración	Cuál considerando el diagnóstico epidemiológico o sintomático	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por PCR o serología	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Estado Respiratorio	Otorrinología	Faringo y Adenoida	¿Trabaja en el establecimiento?	Firma del trabajador
08/07/20	Luz Dery Ramirez	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	JRZ
08/07/20	Patricia Comargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Comargo
08/07/20	Flor Alcocá Castro	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Alcocá
08/07/20	Omar Avila	Médico psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Omar Avila
08/07/20	Karen Melo	Coord. Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo
08/07/20	Sebastian Ferral	Proc. facturación	Admon	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Ferral
08/07/20	Victor Navarro	Análisis facturas	Admon	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro
08/07/20	Ayca Cristina Londoño	Análisis e-OT	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ayca Cristina Londoño
09/07/20	Paola Tubala	Aux. Admon	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Paola Tubala
09/07/20	Bianca Corvejal	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	Bianca Corvejal
09/07/20	Aura Rosa	Aux. Admon	Admon	No	No	35.7	No	No	No	No	No	Aura Rosa
09/07/20	July Bernal	Aux. Admon	Admon	No	No	35.9	No	No	No	No	No	July Bernal
09/07/20	Dorlan Gomez	Médico Genl	Asistencial	SI	No	36.1	SI	No	SI	No	SI	Dorlan Gomez
09/07/20	July Rojas	Médico Genl	Asistencial	No	No	36	No	No	SI	No	SI	July Rojas
09/07/20	Camila Góm	Odontología	Asistencial	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Camila Góm
09/07/20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencial	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Marcela Morales
09/07/20	Nelly Sanchez	Higiene	Asistencial	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Nelly Sanchez

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN BIEN ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
EVALUACIÓN												
Fecha: 2												
Mes: 07												
Lote: 1												
Fecha	Nombre y Apellido del trabajador	Cargo	Área de Colaboración	Cuál considerando el diagnóstico epidemiológico o sintomático	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por PCR o serología	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Estado Respiratorio	Otorrinología	Faringo y Adenoida	¿Trabaja en el establecimiento?	Firma del trabajador
08/07/20	José Romero	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	José Romero
08/07/20	Adriana Rey	Psicóloga	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
08/07/20	Yarlines Vilalobos	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Yarlines Vilalobos
08/07/20	Ruth Baquer	Jefe enfermería	Asistencia	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Baquer
08/07/20	Paola Galindo	Jefe admín	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo
08/07/20	Greccia Teller	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Greccia Teller
08/07/20	Dina Villalobos	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Villalobos
08/07/20	Mery Romero	Aux. laborator	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Mery Romero
08/07/20	Liliana Charon	Asistente de labo	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Charon
08/07/20	Martha Yvonne Chung	Aux. admín	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Martha Yvonne Chung
08/07/20	Algodora Buca	Aux. laborator	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Algodora Buca
08/07/20	Daniela Carrero	Proc. calidad	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Carrero
08/07/20	Soleidad Jimenez	Jefe enfermería	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Soleidad Jimenez
08/07/20	Hanya Bonilla	Asist. T.H.	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Hanya Bonilla
08/07/20	Jessica Cañon	Asistente Adm.	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Cañon
08/07/20	Juan Camilo Fuentes	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo Fuentes
08/07/20	Yamile Sabogal	Médico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Sabogal

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800910303
VIGILADO



Jersalud FORMA003
Versión 2
Rev. 02
IDE 1

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Operación	¿Usó correctamente mascarilla o equivalente?	¿Usó correctamente guantes para el manejo de sus herramientas?	Temperatura corporal a 38°C	Tos	Distorsión Respiratoria	Ondalaje	Fatiga y Adormecido	¿Trabaja en otro trabajo?	Firma del Trabajador
07/07/20	Gimno Arango	Médico G.	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Yovanka Salgado	Médico G.	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	Si	[Firma]
07/07/20	Clara Cilia Gomez	Odontólogo	Asistencial	No	No	35.9	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Yoli Bethian	Aux. Adm.	Admin	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Paola Tulibio	Aux. Admin	Admin	no	no	36.1	no	no	si	no	no	[Firma]
07/07/20	Diego Bocanegra	Aux. Admin	Admin	no	no	36.9	si	no	si	no	no	[Firma]
07/07/20	Wendy Garcia	Aux. Entr.	Asistencial	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Karina Arango	Médico G.	Asistencial	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Blanca Camargo	Aux. Enferm.	Asistencial	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Aura Roa	Aux. Admin	Aux. Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Darwin Gomez	Médico G.	Asistencial	no	no	36.3	no	no	no	no	si	[Firma]
07/07/20	Yoli Rojas	Médico G.	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	si	[Firma]
07/07/20	Carina Cordoba	Médico G.	Asistencial	no	si	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Angelica Jarama	Médico G.	Asistencial	no	no	37	no	no	no	no	si	[Firma]
07/07/20	Yolky Sanchez	Higienista	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Marcela Morales	Asistencial	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
07/07/20	Carolina Gomez	Odontólogo	Asistencial	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Firma]

Jersalud FORMA003
Versión 2
Rev. 02
IDE 1

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Operación	¿Usó correctamente mascarilla o equivalente?	¿Usó correctamente guantes para el manejo de sus herramientas?	Temperatura corporal a 38°C	Tos	Distorsión Respiratoria	Ondalaje	Fatiga y Adormecido	¿Trabaja en otro trabajo?	Firma del Trabajador
07/07/20	Paola Galindo	Enfermera	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Emilia Peller	Aux. Enferm.	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Diana Cudobas	Aux. Enferm.	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Jessica Caron	Asis. Adm.	Admin	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Juliana Chiron	Paralelogra	Asistencial	No	No	35.8	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Alexandra Riter	Aux. Laboral	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Maly Rosales	Aux. Laboral	Asistencial	No	No	35.7	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Katherine Chigle	Aux. Enferm.	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Sokobad Jimenez	Coord. Sede	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Angie Carreño	Aux. Laboral	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Flora Sandoz	Analista SST	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Victor Navarro	Analista fac	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Sabrina Valle	Aux. Pract	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Karen Viteb	Asis. F.H.	Asistencial	No	No	36.8	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Jay Dany Pava	Asis. F.H.	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Alceny Banta	Asis. F.H.	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
07/07/20	Juan Rosales	Médico Grad	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Asignación	¿Está correctamente vacunado contra la gripe A o B?	¿Ha tomado contacto reciente con caso confirmado por salud comunitaria?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Aftas	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del trabajador
07/07/20	Dominick Gomez	Médico G	Asistencia	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Paul
07/07/20	Yuly Beltran	Aux Admón	Admón	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Yuly
07/07/20	Paola Tullio	Aux Admón	Admón	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Paola Tullio
07/07/20	Diego Borrero	Aux Admón	Admón	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Diego B
07/07/20	Blanca Caceres	Aux Enferm	Asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Blanca
07/07/20	Yuly Rojas	Médico Gen	Asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Yuly
07/07/20	Isabella Cardona	Médico Gen	Asistencia	No	SI	36.6	No	No	No	No	No	Isabella
07/07/20	Angelica Jimenez	Médico Gen	Asistencia	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Angelica
07/07/20	Lorely Nelly Sandoz	Higienista	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Lorely
07/07/20	Marcela Flores	Aux Admón	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Marcela
07/07/20	Alicia Pora	Aux Admón	Admón	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Alicia
07/07/20	Alicia Pora	Aux Admón	Admón	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Alicia
07/07/20	Paola Navarro	Aux Enferm	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Paola
07/07/20	Jose Romero	Psicólogo	Asistencia	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Jose
07/07/20	Yanny Gutierrez	Aux Enferm	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Yanny
07/07/20	Yulies Rivera	Aux Enferm	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Yulies
07/07/20	Ruth Baquer	Enfermera	Asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Ruth

FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Asignación	¿Está correctamente vacunado contra la gripe A o B?	¿Ha tomado contacto reciente con caso confirmado por salud comunitaria?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Aftas	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del trabajador
06/07/20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencia	No	No	35.3	No	No	No	No	No	Marcela
06/07/20	Concepción Gama	Odontología	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Concepción
06/07/20	Yulies Rivera	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Yulies
06/07/20	Dina Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	Dina
06/07/20	Ruth Baquer	Jefe. Enfermería	Asistencia	No	SI	35.5	No	No	No	No	No	Ruth
06/07/20	Paola Calvo	Jefe. Enfermería	Asistencia	No	No	34.2	No	No	No	No	No	Paola
06/07/20	Brecci Tellez	Aux. Enfermería	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	Brecci
06/07/20	Sobredel Garcia	Coordinadora de Admón	Admón	No	No	35.1	No	No	No	No	No	Sobredel
06/07/20	Sandra Barabzo	Pro. Calidad	Admón	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Sandra
06/07/20	Daniela Carrero	Aux. Calidad	Admón	SI	No	35.1	No	No	No	No	No	Daniela
06/07/20	Jessica Carron	Aux. Admón	Admón	No	No	35.2	No	No	No	No	No	Jessica
06/07/20	Aurea Landero	Analista S.S.T	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Aurea
06/07/20	Sebastian Palla	Aux. Pachuera	Admón	No	No	35.0	No	No	No	No	No	Sebastian
06/07/20	Patricia Bonilla	Aux. Talento H	Admón	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Patricia
06/07/20	Karen Moe	Jefe. Talento H	Admón	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Karen
06/07/20	Laura Pinto	Aspirante de adm	Admón	No	No	36.3	No	No	SI	No	No	Laura
07/07/20	Windy Lopez	Aux. Enferm	Asistencia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Windy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 02000910303
VIGILADO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FECHA Versión: 2 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por agente coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
03/07/20	Juan Carlo Ruiz	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/07/20	Yamile Salgado	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/07/20	Flor Alba Castro	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06/07/20	Pablo Tulibillo	Aux. Admon	Admon	No	No	35.7	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	Katherine Chavez	Aux. Adm.:	Admon	No	No	34.9	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	Windy Gaitan	Aux. Externas	Asistencia	No	No	34.5	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	José Romero	Psicologo	Admon	No	No	34.8	No	No	No	SI	No	[Firma]
06/07/20	Yuly Beltrán	Aux. Admon	Admon	No	No	36.0	No	No	SI	No	No	[Firma]
06/07/20	Aura Rod	Aux. Admon	Admon	No	No	35.6	No	No	NO	No	No	[Firma]
06/07/20	Blanca Canabal	Aux. Externas	Asistencia	No	No	35.2	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	Diego Baronego	Aux. Admon	Admon	No	No	36.7	No	No	SI	No	No	[Firma]
06/07/20	Darwin Gómez	Medico General	Asistencia	No	No	35.3	No	No	No	No	SI	[Firma]
06/07/20	July Rojas	Medico General	Asistencia	No	No	36.3	No	No	No	No	SI	[Firma]
06/07/20	Jovana Corbacho	Medico	Asistencia	No	SI	35.6	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	Binna Arango	Medico	Asistencia	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	Argelita Carrasco	Medico	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
06/07/20	Ire Nelly Sandoz	Higienista oral	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FECHA Versión: 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por agente coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
5/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/7/2020	QUINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
5/7/2020	HERNAN RAYOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
5/7/2020	ANDREA SANTOS	EMERGENCIA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/7/2020	SOMIA BONDORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/7/2020	EUDANIA RODRIGUEZ	AMIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar si el trabajador (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro feo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una oficina?	Firma del funcionario
7/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	DIEGO BARDON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
7/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	GRIEICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	SONIA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/7/2020	ELENITA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar si el trabajador (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro feo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una oficina?	Firma del funcionario
8/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	DIEGO BARDON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
8/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	GRIEICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	SONIA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/7/2020	ELENITA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 8 de Julio del 2020
 Vigilado



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FECHA: 07/07/2020												
Versión: 1												
06-20												
1 DE 1												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondoleo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una entidad?	Firma del funcionario
07/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	DIEGO BARON	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
07/2020	ANDREA SANTOS	EMERGENCIA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	ALEJANDRA CORDERAS	HIGIENISTA OML	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	GRIEY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	JANER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	JANER
07/2020	SONIA BONDROQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia B.
07/2020	EMILIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Emilia R.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FECHA: 07/07/2020												
Versión: 1												
06-20												
1 DE 1												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondoleo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una entidad?	Firma del funcionario
07/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	DIEGO BARON	MÉDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
07/2020	ANDREA SANTOS	EMERGENCIA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	ALEJANDRA CORDERAS	HIGIENISTA OML	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	GRIEY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/2020	JANER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	JANER
07/2020	SONIA BONDROQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia B.
07/2020	EMILIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	Emilia R.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 07 de Julio del 2020
 Oficina General de Asesoría Jurídica
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303
VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

Jersalud											FIGAA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
6/07/2020	Nohora Alejandra Pirabán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
6/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
6/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
6/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
6/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
6/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

Jersalud											FIGAA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
7/07/2020	Nohora Alejandra Pirabán	Auxiliar administrativo	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
7/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
7/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
7/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
7/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
7/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

Jersalud											FIGAA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
8/07/2020	Nohora Alejandra Pirabán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
8/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
8/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
8/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
8/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
8/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 0180001910303
VIGILADO



Jersalud												FGAA/003 Versión: 2 May-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
9/07/2020	Nohora Alejandra Piraben	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
9/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
9/07/2020	Imna Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
9/07/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
9/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
9/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

Jersalud												FGAA/003 Versión: 2 May-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
06-07-20	Linares Rojas	A-Ofc	Junco fuerte	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
07-07-20	Linares Rojas	A-Ofc	Junco fuerte	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
08-07-20	Linares Rojas	A-Ofc	Junco fuerte	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-07-20	Linares Rojas	A-Ofc	Junco fuerte	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Corumbá, Nazca, 0180001910302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA-003 Versión 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
10-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-06-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-07-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Julianna Lopez	A. Enf	Financiera	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA-003 Versión 2 May-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
06-07-20	Sandra Páez	Enfermera	PPF	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-07-20	Sandra Páez	Enfermera	PPF	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-07-20	Sandra Páez	Enfermera	PPF	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Sandra Páez	Enfermera	PPF	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Bogotá D.C.
 Línea Corrala Nacional: 018000910302
VIGILADO

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10-06-20	Sandra Páez	Enferm	PUP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-20	Sandra Páez	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-06-20	Sandra Páez	Enf.	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Sandra Páez	Enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Sandra Páez	enf	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Sandra Páez	enf	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Sandra Páez	enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Sandra Páez	enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-06-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-07-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-07-20	Sandra Páez	Enf	PUP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-07-25	LUZ MARINA PERAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-26	ROSAL MATEA VELAZQUEZ	ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-27	JULIA MARGARITA DAMBARDI	AUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-28	JOSÉ ROBERTO MEA	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-29	ROMÁN CALAFORNIA	COORDINADOR	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-30	LUZ MARINA PERAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-31	ROSAL MATEA VELAZQUEZ	ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-01	JULIA MARGARITA DAMBARDI	AUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-02	JOSÉ ROBERTO MEA	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-03	ROMÁN CALAFORNIA	COORDINADOR	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-04	LUZ MARINA PERAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-05	ROSAL MATEA VELAZQUEZ	ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-06	JULIA MARGARITA DAMBARDI	AUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-07	JOSÉ ROBERTO MEA	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-08	ROMÁN CALAFORNIA	COORDINADOR	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-09	ROSAL MATEA VELAZQUEZ	ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-10	JULIA MARGARITA DAMBARDI	AUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-11	JOSÉ ROBERTO MEA	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-12	ROMÁN CALAFORNIA	COORDINADOR	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-13	LUZ MARINA PERAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-14	ROSAL MATEA VELAZQUEZ	ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-15	JULIA MARGARITA DAMBARDI	AUX ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 011 2000 910303
 Línea de Consulta Nacional: 011 8000 910303
VIGILADO



Egred

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Aux de Desempeño	Este trabajador tiene síntomas de enfermedad?	No ha sido vacunado contra la enfermedad?	Fecha de ingreso a SSC	Es	Dispone de equipo de protección personal?	Dispone de	Fecha y hora de ingreso	Fecha y hora de salida	Estado de salud
	SANDRA LORENA ARIAS	COORD SEDE										
	YSELLA GONZALEZ CUEVAS	TALENTO HUMANO										
06-07-20	KELLY RUIZ	MEDICO		NO	NO	365	NO	NO	NO	NO	NO	Kelly
06-07-20	CESAR DUARTE	MEDICO		NO	NO	365	NO	NO	NO	NO	NO	Ces
	HAROLD PEÑARANDA	MEDICO										
06-07-20	HENRRY DARIO UVA	MEDICO		NO	NO	362	NO	NO	NO	NO	NO	UVA
	VANESSA CHARRIS	JEFE PYP										
	KAREN SOLANO	PROF. CALIDAD										
	SNEYDER MANOTAS SOLANO	GINECOLOGIA										
	IVAN DARIO HERNANDEZ	MED FAMILIAR										
	VIVIAN SUAREZ HERNANDEZ	MED INTERNA										
	SNEYDER MANOTAS SOLANO	GINECOLOGIA										
07-07-20	SANDRA IZQUIERDO	ODONTOLOGIA		NO	NO	367	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
06-07-20	MILBANY SARMIENTO	AUX ENFERMERIA		NO	NO	366	NO	NO	NO	NO	NO	Milbany
06-07-20	NATALIA CEDIEL	AUX ENFERMERIA		NO	NO	372	NO	NO	NO	NO	NO	Natalia
06-07-20	Dolly Castellano	Nutricionista		NO	NO	362	NO	NO	NO	NO	NO	Dolly
	ANGELA TORRES	AUX SALUD ORAL		NO	NO	362	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
06-07-20	ARLYN RAMIREZ	AUX ADMINISTRA		NO	NO	362	NO	NO	NO	NO	NO	Arlin
	JOHANA RINCON	AUX ADMINISTRA										
	YORZ SOCHA	TEC. SISTEMAS										
	DORALBA PREGONERO	AMBIENTE FISICO										
06-07-20	Oscar Jimenez	Psicología		NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO	Oscar

Entrada

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Aux de Desempeño	Este trabajador tiene síntomas de enfermedad?	No ha sido vacunado contra la enfermedad?	Fecha de ingreso a SSC	Es	Dispone de equipo de protección personal?	Dispone de	Fecha y hora de ingreso	Fecha y hora de salida	Estado de salud
07-07-20	Sandra Lorena Arias	Coordinador Asistencial de Asistencial		NO	NO	365	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo										
07-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General		NO	NO	354	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
07-07-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General		NO	NO	366	NO	NO	NO	NO	NO	Kelly
07-07-20	Henry Dario Uva	Medico General		NO	NO	366	NO	NO	NO	NO	NO	Henry
07-07-20	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general		NO	NO	364	NO	NO	NO	NO	NO	Harold
	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa										
07-07-20	Karelys Vanessa Charry	efe de Enfermeria		NO	NO	347	NO	NO	NO	NO	NO	Karelys
	Karen Ilieth Solano Ayala	Profesional de calidad										
07-07-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar		NO	NO	362	NO	NO	NO	NO	NO	Ivan
07-07-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interno		NO	NO	356	NO	NO	NO	NO	NO	Vivian
	Lilbeth Cruz	Podiatra										
	Dolly Castellano	Nutricionista										
07-07-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia										
07-07-20	Sandra Izquierdo	Odonatologia		NO	NO	360	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
07-07-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria										
07-07-20	Maria Itatlia Cediel	Auxiliar de enfermeria		NO	NO	367	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
07-07-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral		NO	NO	354	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
07-07-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa		NO	NO	362	NO	NO	NO	NO	NO	Arlin
	Jenny Johana Rincon Rocua	Auxiliar Administrativa										
07-07-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas		NO	NO	345	NO	NO	NO	NO	NO	Yorz
07-07-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico		NO	NO	356	NO	NO	NO	NO	NO	Doralba

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303



Sabida

Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Esta ocurriendo algún síntoma de enfermedad o molestia?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por febre amarilla?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oftalmía	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otra ecología?	Fecha del Antecedente
		Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial										
		Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
07-07-20		Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial		NO	NO	85,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-07-20		Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial		NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-07-20		Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial		NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial		NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial										
07-07-20		Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial		NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
07-07-20		Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial		NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
		Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
		Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
		Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
07-07-20		Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial		NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
07-07-20		Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial		NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-07-20		Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial		NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
		Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
		Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo										
		Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial										

Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Esta ocurriendo algún síntoma de enfermedad o molestia?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por febre amarilla?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oftalmía	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otra ecología?	Fecha del Antecedente
		Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial										
		Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
08-07-20		Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial		NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial		NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial										
		Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial										
		Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial										
		Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial										
		Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
		Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
		Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
		Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
		Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
		Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
		Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial		NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
08-07-20		Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial		NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial		NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
		Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
		Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo										
		Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000190302
VIGILADO



Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Está ocurriendo algún síntoma de COVID-19 (Fiebre, tos, dificultad para respirar o pérdida de olfato o gusto)	Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso o confirmado por nuevo caso de COVID-19	Es igual o mayor a 35°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Gosto	Fatiga y Adenopatía	Prueba de Anticuerpos	Prueba de Anticuerpos
		Sandra Lorena Arias Arias		Coordinador Asistencial de	Asistencial									
		Ysella Gonzalez Cuevas		Asistente administrativo	Administrativo									
08-07-20		Cesar Alberto Duarte Santos		Medico General	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08-07-20		Vanessa Ruiz Torres		Medico General	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Henry Darío Uva		Medico General	Asistencial									
		Harold Guillermo Peñaranda Cabal		Medico general	Asistencial									
		Oscar Hernando Jimenez Rojas		Psicologa	Asistencial									
		Yurleys Vanessa Charryz		Jefe de Enfermería	Asistencial									
		Karen Ureth Solano Ayala		Profesional de calidad	Administrativo									
		Ivan Darío Hernandez		Med. Familiar	Asistencial									
		Vivian Suarez Hernandez		Med. Interna	Asistencial									
		Lilibeth Cruz		Pediatra	Asistencial									
		Dolly Castellano		Nutricionista	Asistencial									
		Sneyder Manolas solano		Ginecologia	Asistencial									
		Sandra Izquierdo		Odontologia	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08-07-20		Milbany Carolina Sarmiento		Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08-07-20		Maria Natalia Cediel		Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Angela Torres		Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		Ailyn Ivette Ramirez Parra		Auxiliar Administrativa	Administrativo									
		Henry Johana Rincon Hocua		Auxiliar Administrativa	Administrativo									
		Yorz Jackson Socha		Auxiliar de Sistemas	Administrativo									
		Doralba Pregonero		Ambiente Fisico	Asistencial									

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

REPORTE DE TRABAJADORES SINTOMAS COVID -19 PLATAFORMA ALISSTA JERSALUD S.A.S												
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	06/07/2020 07:28:13	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO	
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:30:50	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO	
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:30:52	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO	
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:31:08	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:56:19	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:56:30	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:56:44	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:56:59	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:57:03	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:57:06	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:57:17	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:58:14	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:22:35	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO	



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



COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:23:41	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 10:50:30	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 10:52:14	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:46:26	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:51:36	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:06:22	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:12:23	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:09:41	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:10:57	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:18:35	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 09:52:00	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 11:39:41	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 11:43:05	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDÓÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 11:49:22	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 11:57:17	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:32:01	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:32:55	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 07:35:08	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:56:12	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 08:36:04	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 08:40:04	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 08:50:34	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 17:28:05	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 16:55:32	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 16:59:38	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 16:59:32	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/07/2020 17:01:05	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 08:09:33	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:47:42	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:51:28	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:52:56	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 09:20:48	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:12:10	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:15:07	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:18:58	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 08:01:28	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 11:37:24	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/07/2020 20:30:08	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 20:40:06	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:58:38	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:03:53	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:04:48	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:09:07	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:27:39	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:04:25	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:11:52	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:12:17	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:19:03	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:20:28	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:24:20	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:28:12	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:19:54	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:21:46	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:25:27	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:25:35	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 06:40:16	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 09:02:07	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:18:06	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:20:02	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:26:23	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:58:03	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:58:54	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:58:55	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 10:01:16	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 16:23:52	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:12:17	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:13:07	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 08:31:12	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 10:13:50	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 18:35:51	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:52:16	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 15:08:22	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:30:25	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:33:38	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 10:18:45	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:14:05	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:14:52	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:16:24	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTIA EPS-S	JERSALUD SAS	07/07/2020 10:40:37	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 10:56:51	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 11:08:52	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/07/2020 20:11:26	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/07/2020 08:12:37	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 17:29:36	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/07/2020 17:50:08	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:44:10	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:34:23	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 05:21:23	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/07/2020 08:32:26	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 08:34:38	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:08:35	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:33:40	CC	1121829774	GOMEZ	LEÓN	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:40:20	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:41:52	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:46:47	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:22:28	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:22:57	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTIA EPS-S	JERSALUD SAS	07/07/2020 10:05:49	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/07/2020 10:11:40	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTIA EPS-S	JERSALUD SAS	06/07/2020 14:34:25	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:11:10	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:12:45	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:17:17	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 08:01:44	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/07/2020 11:33:31	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 11:51:36	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 11:54:02	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 12:03:14	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO



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



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 12:39:27	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 12:49:44	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 13:07:06	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:34:46	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:43:55	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:41:28	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:41:33	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 08:14:55	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 08:17:50	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 13:19:09	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 13:46:36	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:47:26	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:49:13	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:51:20	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:52:23	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:24:37	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:56:14	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 15:31:04	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 15:47:40	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:23:08	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:25:17	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 17:18:48	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 17:26:43	CC	1010182835	PUENTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:42:44	CC	1007449166	CARRERO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:42:54	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:44:25	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:45:29	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:48:52	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:52:56	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 17:53:17	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 18:04:44	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:30:57	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:31:40	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:31:58	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:31:59	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:21:03	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 Julio**



COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	06/07/2020 13:23:04	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 09:05:07	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 23:18:36	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 18:36:03	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 18:38:27	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 18:51:06	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:20:11	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 20:08:48	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 20:08:50	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:44:30	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:44:55	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 07:55:17	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 20:18:53	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:29:52	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:33:41	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:48:09	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:49:13	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:59:01	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:59:14	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:17:35	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 14:36:33	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:47:14	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:50:43	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	07/07/2020 15:01:48	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 15:02:26	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:36:14	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:36:22	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:39:30	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 16:41:07	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:31:42	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:33:54	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:06:42	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:07:12	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:08:46	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:12:48	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 10:52:41	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	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 Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 10:56:25	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:07:33	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 11:13:51	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:21:30	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:24:02	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:50:09	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:52:31	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 12:17:14	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 12:31:47	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	08/07/2020 06:44:48	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 12:21:16	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:46:02	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:46:14	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 07:48:05	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:47:20	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	07/07/2020 17:33:38	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/07/2020 17:45:33	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:52:58	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:58:02	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:09:32	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:12:02	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:18:22	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:19:08	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 06:14:05	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 14:24:35	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 14:25:16	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 14:46:45	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:51:00	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:52:14	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAI DIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:13:08	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:29:20	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:13:52	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:15:36	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:16:06	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/07/2020 16:59:32	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	07/07/2020 13:07:14	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	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 Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:27:33	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 18:04:02	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 18:24:13	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:28:31	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:39:19	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:39:40	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:23:00	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:50:21	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:52:26	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 13:53:40	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:59:25	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 09:54:59	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:16:18	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:16:33	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:17:30	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:00:13	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:01:11	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:01:19	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:03:08	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 10:37:36	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 21:55:20	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 21:56:22	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:33:27	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/07/2020 18:18:02	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 07:41:02	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:39:57	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:45:25	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/07/2020 16:06:55	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:18:44	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:20:09	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:37:32	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:32:17	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:35:09	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 15:43:38	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTIA EPS-S	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:03:54	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:08:18	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:10:01	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:11:48	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:19:25	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:34:56	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:43:22	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:44:40	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:49:06	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 19:18:43	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:58:29	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 10:02:13	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:07:25	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 09:12:10	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:03:28	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:11:08	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 12:36:05	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/07/2020 12:39:12	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 10:36:52	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 10:42:54	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 19:04:00	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:31:23	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:32:48	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:46:26	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/07/2020 11:39:08	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 07:48:42	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 10:09:42	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/07/2020 12:13:33	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:04:52	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:07:16	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:48:39	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 13:04:21	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 13:05:01	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/07/2020 08:59:57	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:43:35	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:25:14	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:25:51	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:14:35	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

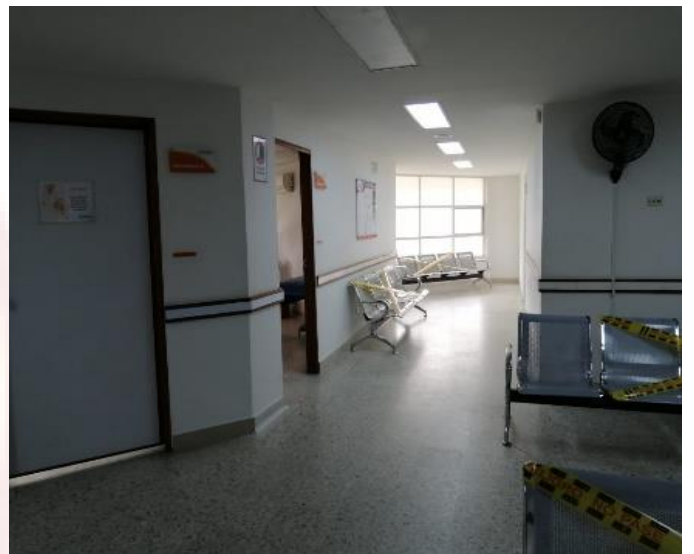
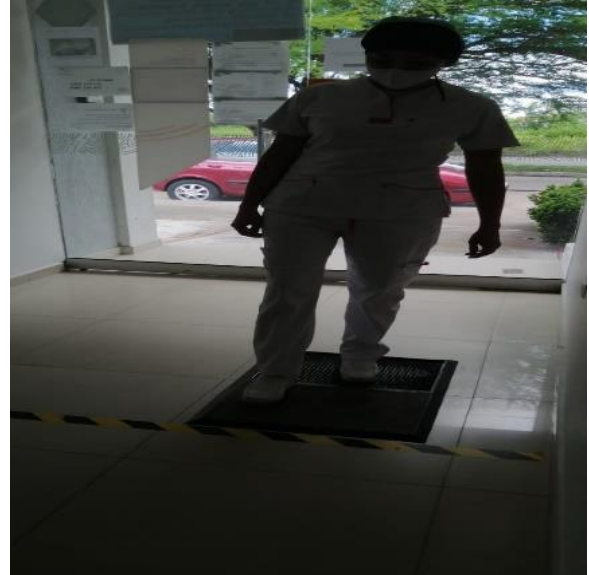
www.jersalud.com



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:21:38	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:24:05	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:32:21	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 08:42:28	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 13:16:11	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 13:37:18	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 12:34:54	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:54:30	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 11:56:09	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:13:32	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:17:03	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:18:25	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:24:00	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:47:54	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:50:15	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:51:56	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:57:48	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/07/2020 14:59:12	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/07/2020 15:00:21	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad





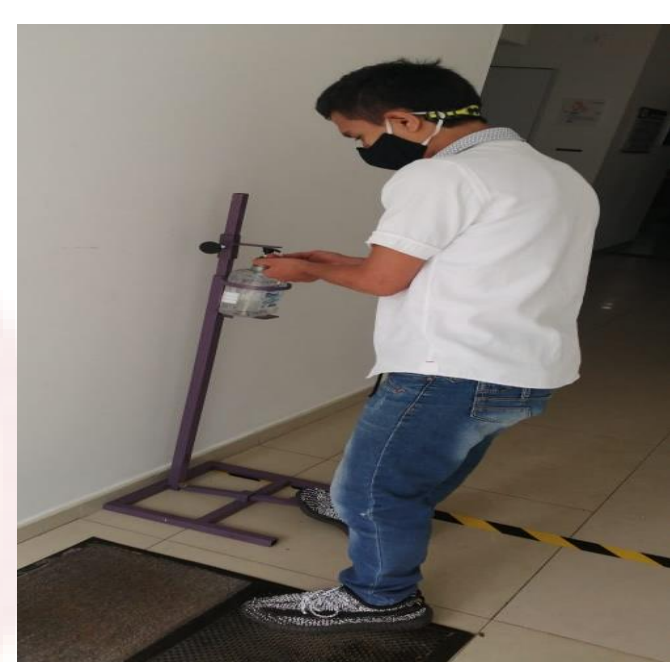
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332

www.jersalud.com



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





VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Lima, Comuna Nacional, 010001910302

www.jersalud.com



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





7. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 09 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – TUNJA	190	9	3	240	390	140	20	7
2	JERSALUD SAS - DUITAMA	140	8	4	140	780	58	19	6
3	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	85	14	3	200	79	70	20	3
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	220	12	3	200	79	45	20	3
5	JERSALUD SAS – GUATEQUE	80	4	4	1110	150	35	20	2
6	JERSALUD SAS – SOATA	75	4	4	140	110	55	20	2
7	JERSALUD SAS – GARAGOA	78	4	4	145	115	55	20	2

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 09 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO	7900	5	5	112	230	30	160	16
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	2	6	3	18	31	4	40	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	10	6	3	25	30	18	39	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	25	6	7	25	12	25	42	2
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	26	6	5	25	72	30	43	2

7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 9 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	134	6	1	120	19 M	46	39	5



7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

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

Página 1/1

FARMAQUIRUGICOS JM S.A.S

NIT: 900433437

ORDEN DE TRASLADO 0000000308

Datos Generales

Almacén Origen: 0002 - BOG FQX - ALMACEN INVENTARIO BOGOTA Fecha: 19/06/2020

Almacén Destino: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL T. Orden: Traslado

Nombre Tercero: Estado: Confirmado

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

Total Orden De Traslado : \$ 2.790.296

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

Almacén

Recibí



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

Jersalud		FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS						FIGURA			
								Vigencia:	11		
									
								Página:	1 de 1		
Fecha:		3/07/2020		Tipo de Orden Compra:		<input checked="" type="checkbox"/>		Concepto No.:		2020-77	
Servicio:				Cual:				Concepto No.:		2020-77	
Otros:				Cual:				Concepto No.:		2020-77	
Categoría:		C-1-007		Proveedor:		SUNFARMEDIC		NIT:		304222604-7	
Teléfono:		3118337173		Cual:				Concepto No.:		2020-77	
CONCEPTO							VALORES				
ITEM	SECRETAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA				
1	NETA	ASISTENCIA	IND	DATA QUIRURGICA	150	\$ 8.000	\$ 1.200.000				
2	NETA	ASISTENCIA	POTE X 100	GORROS	8	\$ 22.500	\$ 180.000				
3	NETA	ASISTENCIA	DOLSA X 10	SABANAS	2	\$ 3.500	\$ 7.000				
5	NETA	ASISTENCIA	IND	TAPA DOCAS MS	20	\$ 18.000	\$ 375.000				
4	NETA	ASISTENCIA	IND	MICROPORF TRANSPARENTE DE	12	\$ 5.750	\$ 69.000				
5	NETA	ASISTENCIA	IND	SERO FISIOLÓGICO DE 100	20	\$ 220	\$ 4.400				
Detalle por concepto IVA							Subtotal gravado	\$ 1.838.000			
							EXCENTO DE IVA				
							IVA 19%				
							TOTAL A PAGAR	\$ 1.838.000			
CONDICIONES GENERALES											
Tiempo de Entrega:		INMEDIATA		TREINTA DIAS		<input checked="" type="checkbox"/>		SESENTA DIAS		<input type="checkbox"/>	
Forma de Pago:		CONTADO		TREINTA DIAS		<input type="checkbox"/>		SESENTA DIAS		<input checked="" type="checkbox"/>	
Moneda:		PESOS COLOMB. X		DOLARES		<input type="checkbox"/>		EUROS		<input type="checkbox"/>	
OTRO:										<input type="checkbox"/>	
TERMINOS A UTILIZAR											
GARANTIA											
FIRMA Y SELLO DE AUTORIZACION LA COMPRA											
NOMBRE: <u>Doña Diana...</u>											
CARGO: GERENTE GENERAL											
ELABORÓ: JESSICA CAÑÓN											
CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO											
TELÉFONO: 3113 78848											
CLASIFICA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA.											
El VENDEDOR se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigne en la presente orden de compra, cumplirá con los siguientes requisitos:											
1. En caso de la incapacidad realizar cualquier actividad o servicio, el proveedor deberá cancelar el valor de dicho día, día o meses de acuerdo a lo establecido en la legislación.											
1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL								
2	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	14	FACTURA DE VENTA								
3	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE								
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA								
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE								
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA								
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO								
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACIÓN								
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR USUARIOS								
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS								
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN SEGÚN FABRICANTE								
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO										
Favor anexar en la orden de compra y servicios a la factura o guano de orden											

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

VIGILADO



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

Fecha: 3/07/2020

Tipo de Orden Compra: **X**

Servicio:

Otro:

Concepto No.: 2020-78

Categoría: C-1-005

Proveedor: SINFAMEDIC NIT: 30422261-7 Teléfono: 314 8537173

CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCRSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCIÓN ESPECIFICA	CANTIDAD	TALOR UNITARIO SIN IVA	TALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	FIXOMBL 10X10	2	\$ 33.500	\$ 67.000
2	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 25 UND	JERINGA EN ML PUNTA CATETER	5	\$ 20.000	\$ 100.000
3	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	VENEDAS ELASTICAS	10	\$ 2.200	\$ 22.000
4	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	SOLUCION SALINA 0,9% -500 ML	30	\$ 2.300	\$ 69.000
5	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	SOLUCION SALINA 0,9%-100-1	10	\$ 2.200	\$ 22.000
6	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	POTE X 50 UND	BAJALENGRAS PLASTICO	4	\$ 14.200	\$ 56.800
7	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	KIT	TRAJE PARA CIRUGIA HANGA CORTA T	20	\$ 14.500	\$ 290.000
8	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	OVEROL DESECABLE	20	\$ 19.500	\$ 390.000
9	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	TAPA BOCAS 035	20	\$ 18.000	\$ 360.000
10	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	HANGUERA PLASTICA CON CONECTOR PARA SECCION 1/4" - 2 ML.	2	\$ 5.200	\$ 10.400
10	META	ATENCIÓN DOMICILIAR	UND	ISODINE ESPUMA X 50 ML	2	\$ 3.600	\$ 7.200
Detalle por concepto IVA						Subtotal gravado	\$ 4.500.000
						EXCENTO DE IVA	
						IVA 19%	
						TOTAL A PAGAR	\$ 4.500.000

CONDICIONES GENERALES

Tiempo de Entrega: INMEDIATA TREINTA DIAS **X** SESENTA DIAS OTRO

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS SESENTA DIAS **X** OTRO

Moneda: PESOS COLOMB. **X** DOLARES EUROS OTRO

TEN A UTILIZAR

Garantía

[Firma]

FIRMA Y DE GUBERNATORIA LA COMPRA

NOMBRE: *[Nombre]*

CARGO: GERENTE GENERAL

COMPRO:

ELABORÓ: JESSICA CAÑON CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO TELEFONO: 3143 78848

CLASIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA.

El vendedor se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigne en la presente orden de compra, cumplirá con los siguientes requisitos:

1. En caso de la entrega se realice en días hábiles, cuando intervenga un mes de días hábiles, o cuando se realice en días hábiles, cuando intervenga un mes de días hábiles, o cuando se realice en días hábiles, cuando intervenga un mes de días hábiles.

1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL
2	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	14	FACTURA DE VENTA
3	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACIÓN
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 180 DÍAS
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PERSONAL EN CASO DE FALLAS
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN SEGÚN FABRICANTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS		FIGURA 03
			Versión: 01
			000-18
			Página 1 de 1

Fecha: 3/27/2020

Tipo de Orden Compra:

Servicio:

Objeto:

Código:

Consecutivo No.: 2020-29

Colaboración:

Proveedor: NIT: Teléfono:

CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCRSAL	UNIDAD	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	PAQUETE X 1000	APLICADORES DE ALGODÓN	1000	20	20000
2	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	NOO	COMPRESAS PRECORTADA 45-45	10	1035	10350
3	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	PAQUETE X 5 UNIDADES	CAJAS ESTERIL 7,5X7,5	350	345	354200
4	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 100	GHANTES DE MANEJO TALLA S	10	25000	250000
5	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 100	GHANTES DE MANEJO TALLA M	30	25000	750000
6	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 50 PAQUETS	GHANTES QUIRURGICOS TALLA 7,5	150	800	120000
7	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 100	GHANTES DE TMILO TALLA M	10	12000	120000
8	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 100	JERINGAS X 10CC	500	134	116400
9	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 100	JERINGAS X SCC	100	125	12500
10	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	CAJA X 50 NOO	TAPABOCAS DESECHABLES	30	53250	1597500
12	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	GALON	ALCOHOL GALON	1	10000	10000
13	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	FRASCO X 120 ml	JABON QUIRURGICO	5	3345	16725
14	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	NOO	MASCARA PARA MICROBIOLOGIA ADULTO	15	2730	40950
15	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	NOO	SONDA NELATON II 10	100	473	47300
16	VILLAVICEN CIO	ATENCIÓN DOMICILIAR	NOO	SONDA NELATON II	100	473	47300
Detalle por concepto						Subtotal grande	\$ 3.738.345
IVA						EXCENTO DE IVA	
						IVA 5X	
						IVA 13X	
						TOTAL A PAGAR	\$ 3.738.345

CONDICIONES GENERALES

Tiempo de Entrega: INMEDIATA X TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO

Moneda: PESOS COLOMB. X DOLARES EUROS OTRO

TERMINALIZAR

Garantía:

Firma de quien autoriza la compra:

Nombre: Cargo:

DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:

Elaboró: Cargo: Teléfono:

CLASIFICA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA.

EL VENDEDOR se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes acciones:

1. Entregar la mercancía en el día y hora acordada en el contrato de compra, o en el día siguiente a la fecha de entrega acordada.

1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL
2	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	14	FACTURA DE VENTA
3	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGIA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare



NIT: 900.669.318-3

PAPELERIA

ASEO

CAFETERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

MEDICO-QUIRURGICA

COTIZACIÓN DP: 07-110

06 de Julio de 2020

Señores
JERSALUD S.A.S. (YOPAL)
Srta. Ysella González
Departamento de Compras
La ciudad

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

COTIZACIÓN VARIOS

DESCRIPCIÓN / ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ALCOHOL+CLORHEXIDINA GALÓN X 3.8 LTS. ***	2	\$ 36.000	\$ 72.000
AMONIO CUATERNARIO DESINFECTANTE DE ALTO ESPECTRO GALÓN X 3.8 LITROS ***	1	\$ 22.000	\$ 22.000
BATAS DESECHABLE CON MANGAS RESORTADA BLANCA EN SMS. PAQ. X 10 UNDS. ***	6	\$ 78.500	\$ 471.000
CITOKITS - SUPERKIT PARA TOMA DE CITOLOGIA UNDS	100	\$ 2.965	\$ 296.500
CONOS PARA OTOSCOPIO PQ X 34 UNDS ADULTO O PEDIÁTRICO	1	\$ 7.375	\$ 7.375
EUCIDA ADVANCE 750 ML ***	1	\$ 43.470	\$ 43.470
EUCIDA CLASSIC X 240 ML ***	1	\$ 14.736	\$ 14.736
GASA ESTÉRIL NO TEJIDA, 7,5CMSX7,5CMS, 30G, 4 PLIEGUES, N-ON2RS CAJA X 25 SOBRES ***	1	\$ 12.000	\$ 12.000
GEL ANTIBACTERIAL EN DISPENSADOR ***	10	\$ 18.000	\$ 180.000
GORROS TIPO ORUGA CAJA X 100 UNDS.	1	\$ 20.000	\$ 20.000
GUANTES QUIRURGICOS NITRILLO SOLO TALLA S CAJA X 250 UNDS ***	3	\$ 114.750	\$ 344.250
SÁBANAS BLANCA PARA CAMILLA PQ X 10 UNDS ***	10	\$ 33.800	\$ 338.000
TAPABOCAS DESECHABLE TERMOSELLADO CAJA X 50 UNDS. ***	8	\$ 60.000	\$ 480.000
TAPABOCAS N-95 PAQ. X 20 UNDS. ***	2	\$ 95.000	\$ 170.000
TERMOMETRO DIGITAL INFRAROJO ***	1	\$ 140.000	\$ 140.000

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 www.distribuidoraprojectar.com BOGOTA D.C.



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

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



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

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

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

FICHA TECNICA GUANTES DE...
157 KB

Buen día
Cordial saludo
Estimada Asesora Diana Daza ARL Positiva

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

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

Agradezco enormemente su gestión para la llegada de estos.

Cordialmente,



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

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

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

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

GIPS21 (3).pdf
690 KB

Buenos días
Señora
DIANA DAZA
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la página 11:

10. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con peñalones de pacientes con COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrica, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral; se enfatiza que debe mantener las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si este es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.
- Para los demás servicios se considera prueba rápida serológica de Anticuerpos IgG/IgM cada mes.

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

GRUPO POBLACIONAL	QUEEN REALIZA LA PRUEBA	QUEEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUEEN CUBRE EL COSTO DEL AISLAMIENTO
Pública y Fuerzas militares	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Regimen especial FPMF - público	Regimen especial FPMF - público
Población privada de la libertad	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Fondo Nacional de Salud de la PPL	Fondo Nacional de Salud de la PPL
Personas privadas de libertad de 70 años o más que se encuentran en Centros de Salud	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Entidad territorial	Entidad territorial

Fecha: 19 de 21

Una vez descargado este documento de controlarlo según su necesidad.

ASISTENTE ADMINISTRATIVO

PROCESO GESTIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES REGIONALES Y COLECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE ALTA PREVALENCIA DE COVID-19 en Colombia.

UNIDAD GIPS21

SECCION 02

GRUPO POBLACIONAL	QUEEN REALIZA LA PRUEBA	QUEEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUEEN CUBRE EL COSTO DEL AISLAMIENTO
Población habitante de calle	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población residente en albergues	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población indígena	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Entidad territorial	Entidad territorial
Otras poblaciones prioritarias por las acciones de búsqueda activa	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en alta intensidad en virtud de su condición de salud	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	Empleador a las cuales pertenezca el EPS o la ARL	Empleador a las cuales pertenezca el EPS o la ARL
Personas que trabajan en establecimientos de salud	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	ARL	ARL
Trabajadores de la salud	Proveedor de Servicios de Salud o contratada (público o privado)	ARL	ARL

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas.

Gracias
Karen Emilia Melo
Jefe Administrativa y de Talento Humano
JERSALUD S.A.S
3132791800

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Colombia Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

10. 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; asistenteth.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](#)



11. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

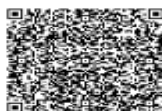


ACUSE RECIBIDO

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**



12. 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 o 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 destruirlo de su sistema.



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecología, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.


La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



NIT. 891800345 - 1
Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccionsocial@tunja.gov.co
 • www.tunja-boyaca.gov.co •



12.2 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.

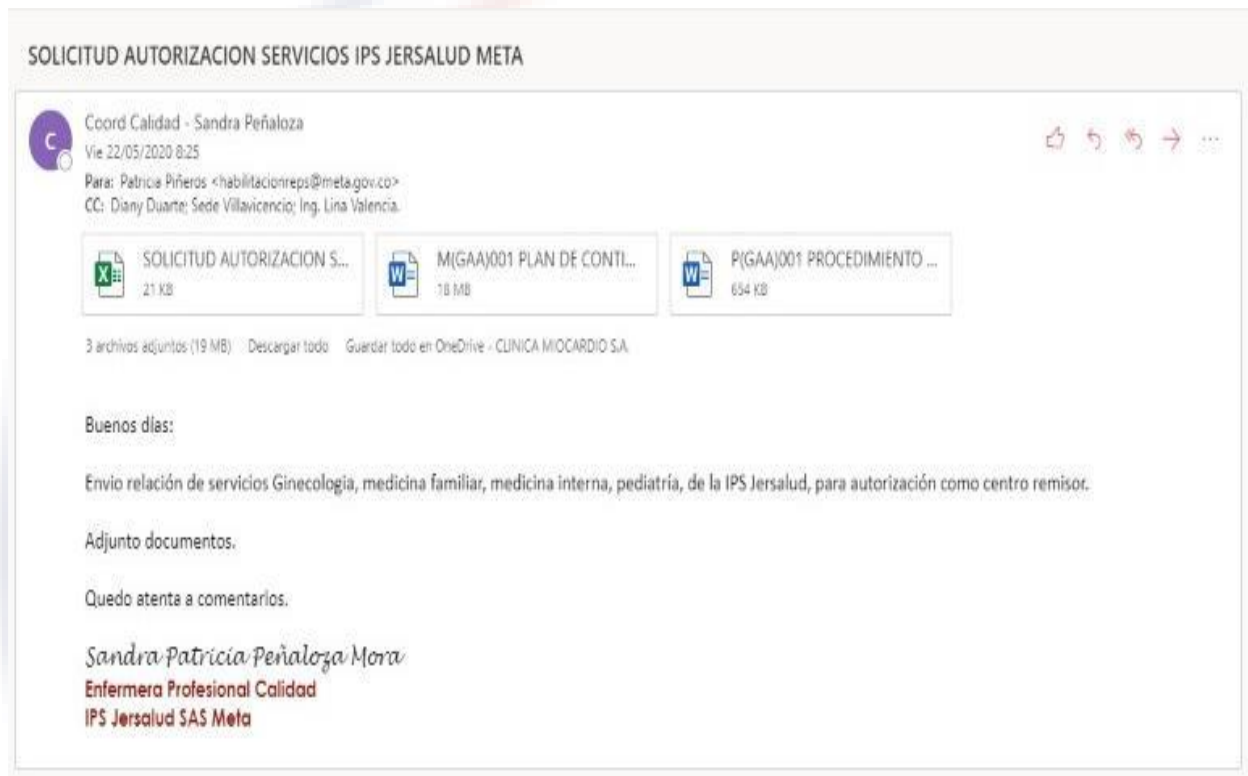
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

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



12.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.

KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes


AUTOEVALUACION CASANARE

📎 8 ▼ 📧



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com y 3 más
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más



 202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB

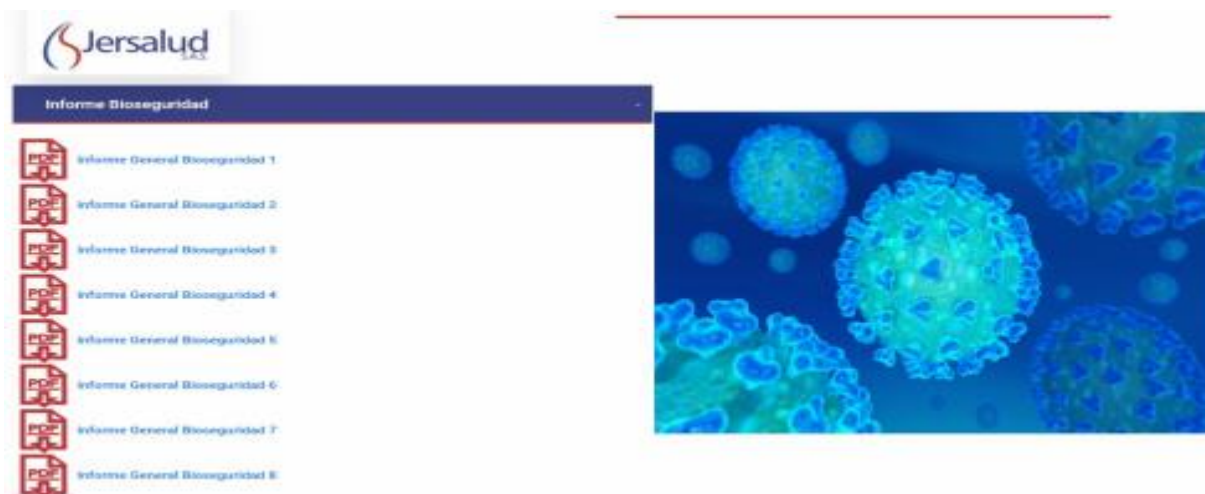
 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



13. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

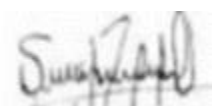


12.1 Evidencia publicación en página Web



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	