

# **INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 1 DE JUNIO**

**Del 08 al 12 de  
Junio 2020**



**1. REUNION COPASST MAYO SEMANA 4 Del 25 AL 29 DE MAYO DE 2020**

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

**1.2 Evidencia Acta 010 de Junio 2020 Semana 2**

	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		1 DE 7

<b>ACTA N°010 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST</b>			
<b>LUGAR: Jersalud Tunja, Villavicencio, Yopal</b>					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AA</b>	<b>HORA INICIO</b>	<b>HORA FINALIZACION</b>
	11	06	2020	09:00a.m.	11:00 a.m.
<b>MODERADOR: Karen Emilia Melo</b>					

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

<b>PARTICIPANTES ( REGISTRE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INVITADAS A LA REUNION, ESPECIFICANDO EL CARGO)</b>
<p>Karen Emilia Melo González – Jefe administrativa y de talento humano Meta- Secretaria Comité COPASST</p> <p>Julieth Eliana Araque Sosa – Jefe administrativa y de talento humano Boyacá- Presidente Comité COPASST</p> <p>Ysella González Cuevas – Jefe administrativa y de talento humano Casanare – Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST</p> <p>Olga Soledad Linares – Coordinadora de sede Meta – Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST</p> <p>Sonia Yaneth Ruiz García – Auxiliar administrativo Boyacá – Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST</p> <p>Ruth Mary Baquero- Jefe de enfermería Meta - Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST</p> <p>Aura Cristina Londoño – Analista SST Meta Jenny Gabriela Gutiérrez – Analista SST Boyacá</p>
<b>1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)</b>
<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>

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



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		2 DE 7

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

Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUORUM

Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera

### 2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #009 de Junio de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

COMPROMISOS						
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Establecer estrategias para realizar tamizaje a personal de salud en cuanto a COVID-19	Miembros COPASST	11/06/2020	Jersalud Nacional Boyacá, Meta y Casanare	Acta de reuniones F(GC) 002 del día 11/06/2020	0%	
Socialización material plataforma POSIPEDIA	Asesor ARL Positiva	11/06/2020	Jersalud Nacional Boyacá, Meta y Casanare	Acta de reuniones F(GC) 002 del día 11/06/2020	100%	



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		3 DE 7

Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID-19	Analista SST	Todos los Viernes durante pandemia COVID-19	Jersalud Nacional Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo informe de bioseguridad	100%	
Realizar reunión semanal COPASST durante el tiempo que dure la emergencia por COVID-19	Miembros COPASST Secretaria comité COPASST	Todos los jueves durante pandemia COVID-19	Jersalud Nacional Boyacá, Meta y Casanare	Acta de reuniones F(GC) 002	100%	

#### 4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI

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

SI



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		4 DE 7

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

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

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

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

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

SI

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

ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Gestión para tamizaje toma de muestra personal de salud COVID-19	Asesor ARL	18/06/2020



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

4.4 Por parte de asesor ARL positiva se realiza socialización y capacitación de uso plataforma POSIPEDIA, especificando el tema de material de prevención para COVID-19 en el cual se muestra generalidades de:

- Prevención y contención
- Atención y diagnóstico
- Personal expuesto
- Aislamiento inteligente
- Guía de bioseguridad
- Afiches y material de prevención

4.5 Se realiza confirmación de llegada pedido por parte de ARL Positiva el cual fue el día 08 de junio donde se recibió 20 cajas de guantes de látex por 100 unidades y 100 unidades de gel antibacterial por 120 ml. Por parte de asesor ARL Positiva refiere que la segunda entrega de elementos de protección personal se realizará en el período de 1 a 2 semanas la cantidad de 1000 mascarillas quirúrgicas

4.6 Por parte de ARL Positiva se realiza socialización de instructivo para reporte de enfermedad laboral directa por COVID -19 en plataforma ARL y en el cual se debe adjuntar la prueba positiva, adicionalmente el cuadro de reporte de casos sospechosos y confirmados que se debe reportar a ARL y a la EPS a la cual estén afiliados el personal de esta base.

4.7 Respecto al tamizaje de pruebas para personal de salud pruebas COVID -19 por parte de Jersalud S.A.S se manifiesta que el personal más expuesto y al cual se realizaría las primeras pruebas sería los pertenecientes a atención domiciliaria; sin embargo, no se cuenta con los recursos ni presupuesto necesario para asumirlo, de acuerdo a lo anterior se solicita a ARL el apoyo para realizar pruebas como cargue a las horas del plan de trabajo para Jersalud. La asesora manifiesta ya haber realizado gestión con gerencia de Positiva y se encuentra de proceso de licitación y adquisición de paquete riesgo biológico, se sigue a la espera de este proceso.


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



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		6 DE 7

8. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Enviar copia de informe de bioseguridad Ministerio de trabajo a asesor ARL Positiva	Analista SST Boyacá	12/06/2020	Jersalud Tunja	Correo soporte envío informe de bioseguridad	
Adjuntar en informe semana 2 Junio 2020 soportes de registro fotográfico protocolos de bioseguridad e inspecciones de seguridad	Analistas SST Meta y Yopal	12/06/2020	Jersalud Casanare y Meta	Informe bioseguridad semana 2 de junio	
Adjuntar en informe semana 2 Junio 2020 soporte de envío a secretaría de salud de plan de contingencia para COVID-19	Analistas SST Meta y Yopal	12/06/2020	Jersalud Casanare y Meta	Informe bioseguridad semana 2 de junio	
Estrategias para toma de muestras tamizaje	Asesor ARL Jefes administrativas	18/06/2020	Jersalud Nacional Casanare,	Formato acta de reunión F (GC) 002 18/06/2020	



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		7 DE 7

personal de salud de COVID -19	y de talento humano		Meta Y Boyacá		
			ARL Positiva Bogotá		

9. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER REGISTROS DE ASISTENCIA FIRMADOS		

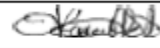




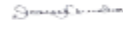


1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Mayo Semana 4  
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL


INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 010 de 2020			
FECHA: 11/06/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 11:00 a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá			
EXPOSITOR:	Karen Emilia Melo	FIRMA:	

REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910332




1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare


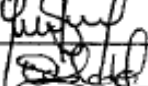


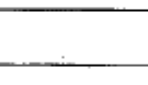
	<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>	F(GD)012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

**INFORMACIÓN DE GENERAL**

<b>TIPO DE REUNIÓN:</b> Comité			
<b>TEMA TRATADO:</b> COPASST Reunion extraordinaria Acta 010 de 2020			
<b>FECHA:</b> 11/06/2020		<b>HORA DE INICIO:</b> 09:00 a.m	<b>HORA DE FINALIZACIÓN:</b> 11:00 a.m
<b>LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL:</b> Jersalud Meta y Casanare			
<b>EXPOSITOR:</b>	Karen Emilia Melo		<b>FIRMA:</b> 


**REGISTRO**

N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					


VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0180001910333




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

	<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>	FIGI012
		Versión: 1
		oct-18 1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

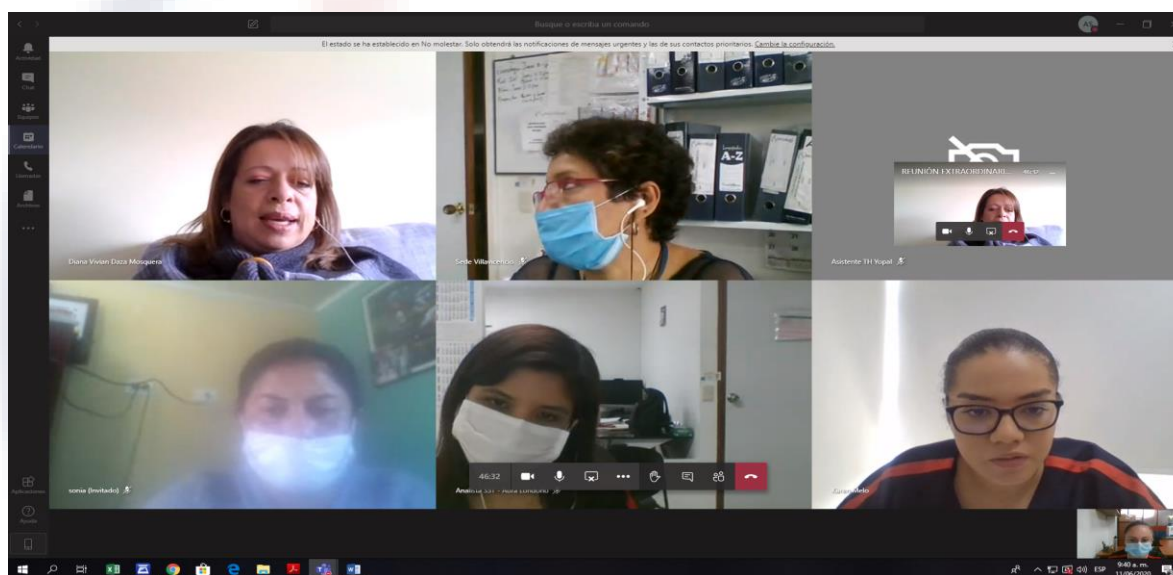
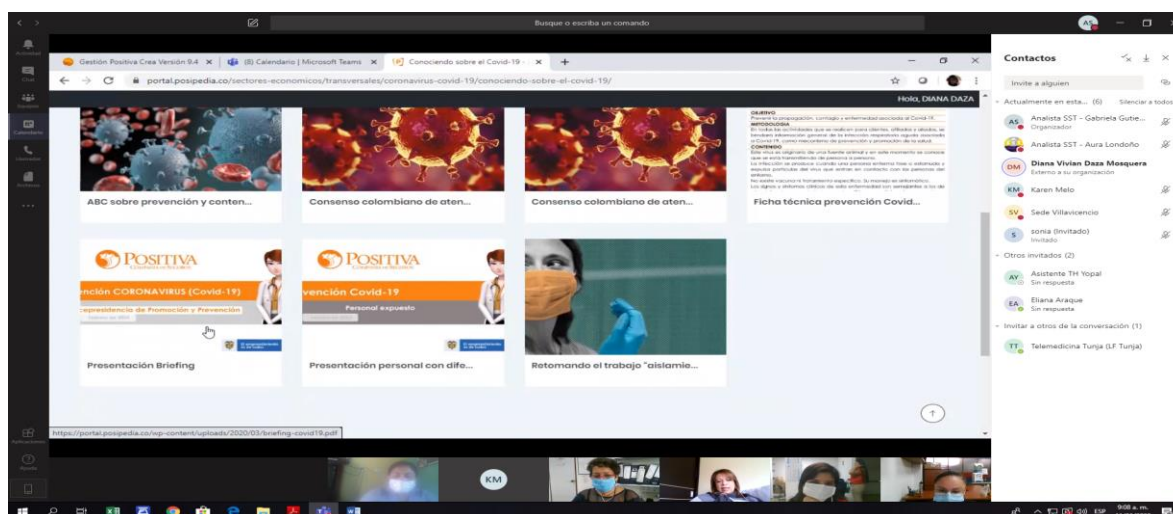
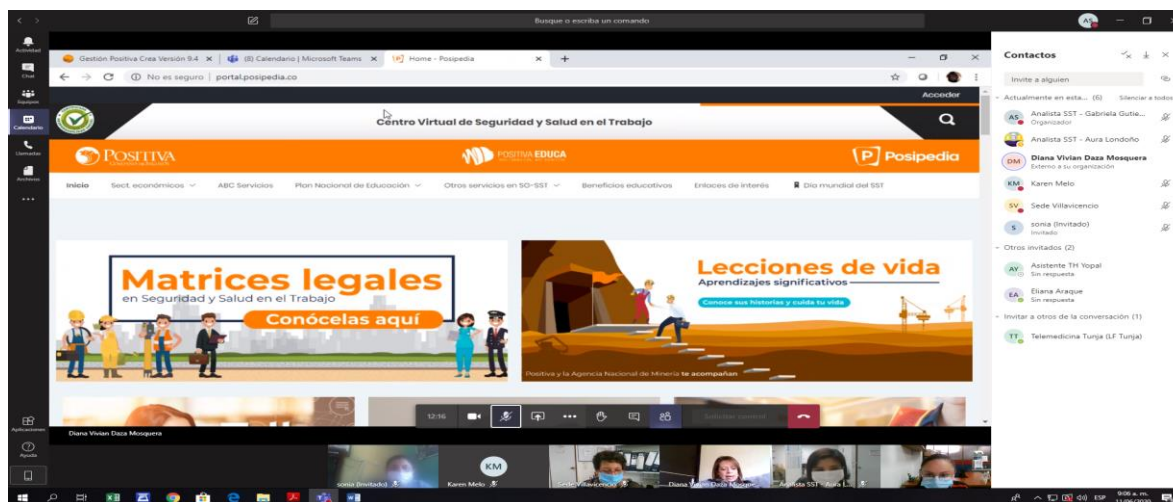
INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 010 de 2020			
FECHA: 11/06/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 11:00a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Karen Emilia Melo		FIRMA: 

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010333



### 1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Central Nacional: 018000910303

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

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 Junio**



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	COORDINADOR 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	46377485	ANA ZORAIDA CUSBA NUÑEZ	AUXILIAR ADMIASTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019038  
 Línea Correo Nacional: 01800019038

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



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



2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL FUNCIONARIOS JERSALUD-META				
N°	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID-19
1	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
2	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
3	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
4	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
13	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILÉ 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



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





**2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare**

PERSONAL JERSALUD YOPAL							
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA
3	CC	47441197	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo- Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramírez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
7	CC	1.049.626.113	Soleidy Paola Fonseca León	Trabajadora Social	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
8	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
9	CC	1.118.550.591	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
10	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
11	CC	1118533308	Jenny Johana Rincón Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
12	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicólogo	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
13	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
14	CC	1118570378	María Natalia Cediél	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
15	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO



### 3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

#### Telas Desechables

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

#### Usos

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



#### Colores Disponibles en telas Desechables

#### Ficha Técnica

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

#### Polipropileno

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

#### Resistencia Química

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

#### Características

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



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

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

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
 DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA	 GUILLERMO DOMINGO PERAZA

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"





<b>FICHA TÉCNICA</b>	Código: GT-FH Versión: 01 Fecha: 01-08-17
----------------------	---

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



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



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

### FICHA TÉCNICA



**1. Referencias del respirador:**

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Life1095	Respirador Color Blanco

**2. Identificación y empaque:**

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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010332



# 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 ligeros con polvos con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, mínima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeables, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, rebotas y aristas cortantes.
- ✓ Aseptico, hiperalérgico, atóxico.

**CARACTERISTICAS**

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubricados con polvo biodegradable no tóxico USP.
- ✓ Resistentes a la rotación.
- ✓ Color natural
- ✓ De forma anatómica, zona de agarre texturizado y con superficie lisa, tersa 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 Facturas Regional Boyacá

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

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

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

Fecha: 1/06/2020 1:52:53 p. m.

CUFE: 7ee93befb9ab5ee6229547ddeb3246a36e79c54e42cebe7168779bede7e2ef  
de09f999d6c352373df1eef1b23e1b322bb4

IVA - REGIMEN COMÚN

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLIFICADO E ICA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

FACTURA DE VENTA N° FQE3035



Datos Generales

<b>Tercero:</b> 900622551 - JERSALUD SAS	<b>Dirección:</b> CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
<b>Sucursal:</b> JERSALUD TUNJA	<b>Telefono:</b> 5618123
<b>Almacén:</b> 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	<b>U. Funcional:</b> FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
<b>Detalle:</b> OT. 274 INSUMOS ENVIADOS A JERSALUD TJA DESDE ALMACEN FARMAQX BOGOTA 01/06/2020 SOPORTADO CON CORREO	

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

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

VALOR NETO FACTURA: \$ 1.407.359

TOTAL: UN MILLON CUATROCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M.Cte



ELABORÓ

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Comercial Nacional: 018000910303  
VIGILADO

AGENTE RETENEDOR IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS AL REG COMUN / RESOLUCIÓN 18763004712080 DEL 28/02/2020 HABILIA-AUTORIZA FQE 1 AL FQE 27624 - FACTURACION POR COMPUTADOR - EFECTUAR RETENCION DEL 2% SERVICIOS DE SA  
ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774/779 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR  
Estado F.E.: Enviada  
Usuario Creación: 1020775762 - SANDRA PATRICIA VEGA JIMENEZ - FQ  
Usuario Impresión: 1020775762 - SANDRA VEGA





Venta y distribución de elementos de protección personal y dotación.

NESTOR ANDRES DIAZ ESPINOSA  
 NIT 1049618303-1  
 IVA - REGIMEN COMUN  
 TUNJA - BOYACA

**FACTURA DE VENTA No. 2920**

Resolución DIAN N° 18763005332070. Rango de 2625 a 3000, por una vigencia de 24 meses a partir de 2020-04-01. FACTURA A COMPUTADOR

CLIENTE	JERSALUD SAS			FECHA FACTURA	09/06/2020
C.C o NIT	900622551	TELEFONO	-	FECHA VENCIMIENTO	09/08/2020
DIRECCION	-	CIUDAD	Tunja	FORMA DE PAGO	Credito

CODIGO	DESCRIPCION	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Total
PV-39-CL	Gafa Aquiles Antiempañante Clara Kim	30	7.500	0%	225.000

OBSERVACIONES: \*Bienes exentos - Decreto 417 del 17 de marzo 2020.

SUBTOTAL	225.000
DESCUENTO	0
IVA:	0
<b>TOTAL FACTURA</b>	<b>225.000</b>

SON: DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MCTE

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA AHORROS BANCO DE BOGOTA N° 616661419 O CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N° 60600011438,  
 CONFIRMACIÓN AL CORREO gerencia@distriep.co



gerencia@distriep.co  
 +57 313 325 8281  
 Av. Norte N° 68 - 64  
 Tunja virtual: www.distriep.co  
 ¡Empieza un clima y empieza!

VENDEDOR

No. FOLIO: 1049618303-1  
 RECIBIDO POR: *[Signature]*

La presente factura de venta se asienta en todos sus efectos a la letra de cambio según el art. 774 del código de comercio. Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente los mercancías o prestación de servicios descritos en este título valor. Si esta factura no es conciliada en el plazo estipulado causará interés de mora, al porcentaje máximo autorizado por la ley art. 864 según art. 854 del código de comercio.

ORIGINAL

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





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

### Cotización

No. C-1-374

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

ELABORADA POR SINGO S.A.S. MT 830 048 145-9

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

**Total Bruto** 16,668,708.00

**Subtotal** 16,668,708.00

**IVA 19%** 23,922.00

**Total a Pagar** 16,692,630.00





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

**Cotización**  
No. C-1-373

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

ELABORADA POR SIGO S.A.S. WT 630 048 145-8

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



FECHA DE SOLICITUD:		4-jun-20		AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavencio			
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
3	AGUA HIPOCERMINA 18 X 1	A	CAJA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	58	CMC	CAJA X 100	
1	BAJALENGUAS	A	CAJA X 500 UNIDADES	ALMACEN	300104206	41	CMC	BOLSA X 500	
170	BATA QUIRURGICA	A	MANGA LARGA	ALMACEN	300103053	19.100	FARMA	BOLSA X 10	
5	CONO PARA OTOSCOPIO ADULTO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	300101807	6.890	CMC	BOLSA X 100	
10	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
4	CURAS REDONIDAS	A	CAJA	ALMACEN	300105716	3.500	CMC	CAJA X 100	
11	GORRONS	A	BOLSA X 100	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
14	GUARDIAN GRANDE	A	RECOLECTOR	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIAN 2.9LTS	
14	GUARDIAN PEQUEÑO	A	RECOLECTOR	ALMACEN	300101974	1.300	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIANES PEQUEÑOS 03ltros	
2	HOJAS DE BISTURI	A	CAJA	ALMACEN	-	210	CMC	CAJA X 100 - FAVOR ESPECIFICAR CALIBRE DE LA CUCHILLA 10-11-15-20-22	
2	JERINGAS X 10 CC	A	CAJA	ALMACEN	300107080	194	CMC	CAJA X 100	
2	JERINGAS X 5 CC	A	CAJA	ALMACEN	300107079	125	CMC	CAJA X 100	
30	SABANAS	A	80X12	ALMACEN	300101238	4.530	CMC	MEIDA 2.20 X 87	
9	TAPABOCAS	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300107381	4.500	CMC	CAJA X 50	
100	TAPABOCAS N95	A	UNIDAD	ALMACEN	300107384	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
5	TIJAS MARCA GLUCOQUICK	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
2	LICOCANA AL 2% TAPA VERDE	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
2	LICOCANA AL 2% TAPA AZUL	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 500ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 100ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
2	CEDEXIPA	A	GALON	ALMACEN	300101918	32.000	CMC	GLUTARALDEHIDO / FORMALDEHIDO / CETRIMIDA GALON X 3750 ml (GLUTAFARI)	
10	GAFAS	A	NA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	

FECHA DE SOLICITUD:		4-jun-20		AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavencio			
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000	
2	COMPRESAS	A	BOLSA	ALMACEN	300107076	1.035	CMC	UNIDAD - GASA PEECORATA 45x45 COMPRESAS	
1	CURAS REDONIDAS	A	CAJA	ALMACEN	300105716	-	CMC	-	
10	EQUIPO MACROGOTEO	A	UNIDAD	ALMACEN	300101064	720	CMC	MACROGOTEO EQUIPO CON SISTEMA LLER LOCK	
2	FORMURIT	A	NA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR MEDIDA 10X10 O 5X5	
40	GASAS ESTERIL	A	PAQUETE X 240	ALMACEN	300105074	345	CMC	GASA ESTERIL 7.5X7.5 PAQUETE X 5 UNIDADES	
5	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA S	ALMACEN	300105214	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 7.5 CAJA	ALMACEN	300101047	800	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	300101057	12.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
6	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300107080	194	CMC	CAJA X 100	
6	JERINGAS X 5 CC - CAJA X 20 UNIDADES	A	CAJA	ALMACEN	300107082	575	CMC	CAJA X 100	
1	JERINGAS X 3CC	A	CAJA	ALMACEN	300107079	125	CMC	CAJA X 100	
30	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107381	4.500	CMC	CAJA X 50	
15	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107384	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
1	TORUNDAS	A	PAQUETE	ALMACEN	30012132	10.896	CMC	PAQUETE X 12 - TORUNDAS X 500 gms PAQUETE	
20	VENDAS ELASTICAS	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR LA MEDIDA (3x5 - 4x5 - 5x5 - 6x5)	
1	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	AGOTADO	AGOTADO	
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106784	17.000	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 100ml - ASEPTIGEL	
10	JABON QUIRURGICO	A	FRASCO X 120 ml	ALMACEN	300108395	3.345	CMC	CLORHEXIDINA DIGLUCONATO + CETRIMIDA X 120 ml Jabon Topica	
30	JABON ANTIBACTERIAL	A	500 ml	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
30	SOLUCION SALINA 0.9% 500 ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD X	
10	SOLUCION SALINA 0.9% 100ml	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD X	
200	SONDA MELATON # 8	A	-	ALMACEN	300101025	473	CMC	PAQUETE X 50	
150	SONDA MELATON # 10	A	-	ALMACEN	300101075	473	CMC	PAQUETE X 50	
10	EUPRETROL	A	AQUETE X 20 UNIDADES	ALMACEN	300101063	2.438	CMC	CAJA X 25	
7	BAJALENGUAS PLASTICO	A	TALLA M	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
15	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	A	-	ALMACEN	300101094	2.738	CMC	-	
20	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M	A	-	ALMACEN	300104100	-	CMC	VESTIDO DE SECHABLE CIRUJANO	
20	OVEROL ANTIPLUVIDOS TALLA M	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
20	TAPABOCAS N95	A	-	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO	
4	BISOR	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
4	MONOGAFAS	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
3	BROMURO DE IPRATROPIO	A	SOLUCION PARA INHALACION	ALMACEN	19982498-01	5257	RAFAEL	IPRATROPIO BROMURO DOSIFICADOR AEROSOL 20 MCG/CCS/9200 CCS	
10	ISOPOS DE MADERA	A	PAQUETE X 20 UN	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO CON APLICADORES CON ALGODÓN	

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

www.jersalud.com



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





#### 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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Jenny Gabriela Gutierrez Mascher</i>	<i>1052314070</i>	<i>Administrativa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08/05/20				X									<i>Jenny Gutierrez</i>
09/05/20				X									<i>Jenny Gutierrez</i>
10/05/20				X									<i>Jenny Gutierrez</i>
11/05/20				X									<i>Jenny Gutierrez</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, Jenny Gabriela Gutierrez Mascher identificado (a) con CC: 1052314070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Enika Johana Rojas Agüero</i>	<i>105240234689</i>	<i>Administrativa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/06/20				X									<i>Enika Rojas</i>
08/06/20				X									<i>Enika Rojas</i>
09/06/20				X									<i>Enika Rojas</i>
10/06/20				X									<i>Enika Rojas</i>
11/06/20				X									<i>Enika Rojas</i>
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Enika Johana Rojas Agüero identificado (a) con CC: 105240234689, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910333





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Claudia Vaneth Rodriguez Nimpogae	1.049.642.865	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
08 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Claudia R.
09 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
10 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
11 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MAYORGA ROJAS DORIS	40049594	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 06 2020				X									Doris Mayorga Rojas
06 06 2020				X									Doris Mayorga Rojas
08 06 2020				X					X				Doris Mayorga Rojas
09 06 2020				X									Doris Mayorga Rojas
10 06 2020				X									Doris Mayorga Rojas
11 06 2020				X									Doris Mayorga Rojas
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, DORIS MAYORGA ROJAS Identificado (a) con CC: 40049594, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800019033  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Juz Emparo Uyala/Barón</i>	Cédula <i>40029046</i>	Unidad <i>Tunja</i>
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
5 08 2020	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	Teleconsultz	<i>[Handwritten Signature]</i>
6 08 2020	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	Telecons	
8 08 2020	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	Teleconsultz	
9 08 2020	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	Teleconsultz	
10 08 2020	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	Procuraria	
11 08 2020	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	Teleconsultz	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juz Emparo Uyala/Barón Identificado (a) con CC: 40029046, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>John Sandoz</i>	Cédula <i>CEX</i>	Unidad <i>OTO</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	Poininas		
10 08 20	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-		<i>[Handwritten Signature]</i>
11 08 20	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-		
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, John Sandoz Identificado (a) con CC: 718817, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Sara C. Lopez</i>	72'201027	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		<i>[Signature]</i>
06/06/2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		
07/06/2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
08/06/2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
09/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Sara C. Lopez Identificado (a) con CC: 72'201027, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Jenny Sotelo Lino</i>	40039607	Ext. Tanya

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
5/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		<i>Sotelo Lino</i>
06/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		
07/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	tele consulta	
08/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
09/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
10/06/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
11/06/2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Hector Ayala Floris Bolal</u>	Cédula <u>40038562</u>	Unidad <u>Cl. receptiva / asistente</u>
---	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad	<i>[Firma]</i>
08 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad	<i>[Firma]</i>
08 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable	<i>[Firma]</i>
09 06 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso botas desechable ad	<i>[Firma]</i>
10 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
11 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable ad	<i>[Firma]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Hector Bolal Ayala 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Diego Alejandro Rojas Velasco</u>	Cédula <u>104969127</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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	Bata Noeua	<i>[Firma]</i>
08 06 20	-	-	-	X	-	-	-	X	X	-	-	ll	<i>[Firma]</i>
09 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Bata Pastelero	<i>[Firma]</i>
10 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	ll	<i>[Firma]</i>
11 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	Bata duela	<i>[Firma]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diego Rojas Velasco identificado (a) con CC: 104969127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910332



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Fonseca Fonseca Juan Pedro</i>	<i>1120865548</i>	<i>Contra Tropa</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	Pelatinas			
05 06 20	X			X									<i>Juan Pedro Fonseca</i>
07 06 20	X			X									<i>Juan Pedro Fonseca</i>
09 06 20				X									<i>Juan Pedro Fonseca</i>
10 06 20	X			X									<i>Juan Pedro Fonseca</i>
11 06 20				X									<i>Juan Pedro Fonseca</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, Juan A. Fonseca Fonseca Identificado (a) con CC: 1120865548, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Sofia Ygneth Ruiz Garcia</i>	<i>24219746</i>	<i>Tropa</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	Pelatinas			
05 06 2020	X			X									<i>Sofia Ygneth Ruiz Garcia</i>
08 06 2020	X			X									<i>Sofia Ygneth Ruiz Garcia</i>
09 06 2020	X			X									<i>Sofia Ygneth Ruiz Garcia</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, Sofia Ygneth Ruiz Garcia Identificado (a) con CC: 24219746, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Sandra Sofía Melo</u>	Cédula <u>22284916</u>	Unidad <u>C. externa tempo</u>
---	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
5 de 06 de 2020				X		X								<u>Sandra Melo</u>
8 de 06 de 2020				X		X								<u>Sandra Melo</u>
9 de 06 de 2020				X		X								<u>Sandra Melo</u>
10 de 06 de 2020				X		X								<u>Sandra Melo</u>
11 de 06 de 2020				X		X								<u>Sandra Melo</u>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Sandra Sofía Melo Identificado (a) con CC: 22284916, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Nora Mercedes Serna</u>	Cédula <u>33376410</u>	Unidad <u>Tunga</u>
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
4 de 06 de 2020		X		X						X				<u>Nora Serna</u>
8 de 06 de 2020		X		X						X				<u>Nora Serna</u>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zipa Vargas Giselle Andrea	1049647500	Administrativo CE Tonja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 Junio 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
06 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
08 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		<i>[Signature]</i>
09 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
10 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
11 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Horeno Ayde Mate Bbifa	40038562	C/externa - protección

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
09 de 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Horeno Ayde Mate Bbifa 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Rodriguez Boyaca Maria Cecilia</u>	Cédula <u>1.049623.040</u>	Unidad <u>Consulta Externa Tunja</u>
--	-------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
08/06/2020				X					X				Maria Rodriguez
08/06/2020				X					X				Maria Rodriguez
09/06/2020				X									Maria Rodriguez
10/06/2020				X									Maria Rodriguez
11/06/2020				X					X				Maria Rodriguez
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, Cecilia Rodriguez Boyaca Identificado (a) con CC: 1049623040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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>Anderson Dario</u>	Cédula <u>105465879</u>	Unidad <u>Consulta Externa Adm. Hospital</u>
--	----------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
05/06/20				X		X			X				Anderson Dario
08/06/20				X		X			X				Anderson Dario
08/06/20				X		X			X				Anderson Dario
09/06/20				X		X			X				Anderson Dario
10/06/20				X		X			X				Anderson Dario
11/06/20				X		X			X				Anderson Dario
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Dario Identificado (a) con CC: 105465879, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Yoly Patricia Ovalle P</u>	<b>Cédula</b> <u>23 324 361</u>	<b>Unidad</b> <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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
5 16 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>
8 6 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
9 6 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>
10 6 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>
11 6 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yoly Patricia Ovalle P Identificado (a) con CC: 23-324361, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Flores Alvarez Monica</u>	<b>Cédula</b> <u>1099616557</u>	<b>Unidad</b> <u>Cereza</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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>
06 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>
08 06 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
09 06 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
10 06 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
11 06 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Monica Flores Alvarez Identificado (a) con CC: 1099616557, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Hoyica Velandia Luz Marina.	40036857.	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
5 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			<i>[Signature]</i>
8 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			<i>[Signature]</i>
9 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-			<i>[Signature]</i>
10 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			<i>[Signature]</i>
11 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acevedo Sandra Milene	46378245	Cons. Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 06 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
08 06 20				X		X							<i>[Signature]</i>
09 06 20				X		X							<i>[Signature]</i>
10 06 20				X		X							<i>[Signature]</i>
11 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													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HERNANDEZ ADELICIA CLAUDIA ISABEL	<b>Cédula</b> 46361131	<b>Unidad</b> 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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
05/06/2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
08/06/2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
09/06/2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
10/06/2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
11/06/2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JOSE DAVID LEONARDO	<b>Cédula</b> 11141023697	<b>Unidad</b> 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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
05/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
08/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-
09/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
10/06/20	-	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
11/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Jona Jaidón Jaidón</i>	Cédula <i>7180163</i>	Unidad <i>C. Extern.</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, lo 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			
05/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
06/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
07/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
08/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
09/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
10/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
11/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Jona Jaidón</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Gerson David Gonzalez Robles</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, lo 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			
05/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	<i>Gerson Gonzalez</i>	
06/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	<i>Gerson Gonzalez</i>	
07/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	<i>Gerson Gonzalez</i>	
08/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	<i>Gerson Gonzalez</i>	
09/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	<i>Gerson Gonzalez</i>	
10/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	<i>Gerson Gonzalez</i>	
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: 01800019333  
**VIGILADO**









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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	<b>Cédula</b> 46361131	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL - MEDICO GENERAL
--	---------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
9 / 6 / 20	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Claudia Noguera -	<i>[Firma]</i>

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	<b>Cédula</b> 40039607	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL - MEDICO GENERAL
---	---------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
9 / 6 / 20	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		<i>[Firma]</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea de Atención al Cliente: 01800091033  
**VIGILADO**











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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jimenez Pineda José Luis	80 258 638	Jersalud Quitandía

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
06/05/20				X							3 tapabocas desechables	José Luis Jimenez
30/04/20									X		1 bata desechable.	José Luis Jimenez
06/05/20	X										1 careta desechable	José Luis Jimenez
17/05/20				X					X		6 tapabocas, 1 bata	José Luis Jimenez
18/05/20	X			X					X		6 tapabocas, 1 bata, 1 careta	José Luis Jimenez
28/05/20	X			X					X		3 tapabocas, 1 bata, 1 careta	José Luis Jimenez
06/06/20				X							6 tapabocas, 1 bata y 1 careta	José Luis Jimenez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, José Luis Jimenez Pineda identificado (a) con CC: 80 258 638, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Estrobaro Sepulveda Carlos Francisco	243 69 809	Dnta

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
09/05/20				X					X		2 tapabocas, 1 bata y 1 careta	Carlos Estrobaro
11/05/20				X							6 Polainas	Carlos Estrobaro
18/05/20	X			X					X		1 Bata y 1 careta y 1 cofia	Carlos Estrobaro
28/05/20				X							4 tapabocas	Carlos Estrobaro
28/05/20	X			X					X		4 tapabocas, 1 cofia, 1 bata	Carlos Estrobaro
06/06/20	X			X					X		1 cofia, 5 tapabocas, 1 bata	Carlos Estrobaro
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Carlos Francisco Estrobaro identificado (a) con CC: 243 69 809, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> RODRIGUEZ RAMIRO LEVIN	<b>Cédula</b> 99'536.444	<b>Unidad</b> DUTASMA
--	-----------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
30 04 2020				✓		✓								
04 05 2020				✓										
06 05 2020	✓			✓								X	observación 5 tapabocas desechables	
11 05 2020	✓			✓									Se entregaron 5 tapabocas	
18 05 2020	✓			✓									Se entregaron 5 tapabocas	
20 05 2020	✓			✓									Se entregaron 5 tapabocas	
26 05 2020	✓			✓									Se entregaron 3 tapabocas	
01 06 2020	✓			✓									Se entregaron 5 tapabocas	
08 06 2020	✓			✓									Se recibieron 5 tapabocas	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Levin Rodrigo Ramiro 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> OVALLE GUTIERREZ PINTÓN	<b>Cédula</b> 91244689	<b>Unidad</b> Asistencial
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16 04 2020	X			X										
29 04 2020				X										
11 05 2020	✓			X										
18 05 2020	✓			X										
26 05 2020	✓			X										
01 06 2020	✓			X										
8 06 2020	✓			X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Fajardo Serrano Angela Dorely	<b>Cédula</b> 24167297	<b>Unidad</b> 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 04 2020													
14 05 2020	✓			✓	✓	✓						Cantidad tapabocas 5	[Firma]
18 05 2020	✓			✓	✓	✓						Tapabocas 2	[Firma]
20 05 2020				✓	✓	✓						Tapabocas 4	[Firma]
28 05 2020	✓			✓	✓	✓						Tapabocas 3	[Firma]
01 06 2020	✓			✓	✓	✓						Tapabocas 5	[Firma]
08 06 2020	✓			✓	✓	✓						BATA N° 1. 1AP ASISTENTE	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Avenida Espino Gloria Isabel	<b>Cédula</b> 1049628122	<b>Unidad</b> 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 2020	X			X					X			Tapabocas 41 botas 19 botas	[Firma]
01 06 2020	X			X					X			Tapabocas 51 botas	[Firma]
03 06 2020	X			X					X			Tapabocas 61 botas	[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, Gloria Isabel Avenida Identificado (a) con CC: 1049628122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NECROD ACILLA 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	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
01/06/20				X								X	6 tapabocas, 1 bata	DIANA
08/06/20				X								X	5 tapabocas, 1 bata	DIANA
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, DIANA NECROD 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ACILO MARTINEZ DIANA PATRICIA	46456242	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	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28/04/20				X								X		DIANA ACILO
30/04/20				X										DIANA ACILO
05/05/20				X										DIANA ACILO
07/05/20				X								X		DIANA ACILO
11/05/20				X								X	5 Tapabocas	DIANA ACILO
18/05/20				X								X	6 tapabocas 1 bata	DIANA ACILO
26/05/20				X								X	1 tapabocas 1 bata	DIANA ACILO
29/05/20				X									3 tapabocas	DIANA ACILO
04/06/20				X								X	1 bata y 6 tapabocas	DIANA ACILO
08/06/20				X								X	1 bata y 5 tapabocas	DIANA ACILO
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, DIANA PATRICIA ACILO Identificado (a) con CC: 46456242, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Nancy Magallón	23323920	Asistencia L

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
13 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							6 tapabocas	
18 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
20 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							3 tapabocas	
26 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							5 tapabocas	
01 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							5 tapabocas	
08 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							6 Tapabocas	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, NANCY MAGALLÓN 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Triana Triana Hidaly	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
21 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
23 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
25 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
27 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
29 04 20				<input checked="" type="checkbox"/>									
04 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								4 Tapabocas.	
14 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								5 Tapabocas.	
19 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								1 Tapabocas.	
20 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								4 Tapabocas	
28 05 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								3 Tapabocas	
04 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								6 Tapabocas	
08 06 20	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>								5 Tapabocas	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910333  
VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Lina Alejandra Pinzón C.	<b>Cédula</b> 1049632618	<b>Unidad</b> 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.	Lina P
09 06 20				X									5 tapabocas.	Lina P
08 06 20	X			X								X	6 tapabocas.	Lina P
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Lina M Araque	<b>Cédula</b> 46672428	<b>Unidad</b> Administrativa
---	---------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 04 20	X			X								X		Lina M
30 04 20				X										Lina M
11 05 20	X			X								X		Lina M
12 05 20				X										Lina M
13 05 20				X										Lina M
14 05 20				X										Lina M
15 05 20				X										Lina M
16 05 20				X										Lina M
18 05 20	X			X								X	3 Tapabocas	Lina M
26 08 20	X			X								X	5 Tapabocas	Lina M
10 08 20	X			X								X	5 Tapabocas	Lina M
8 08 20	X			X								X	6 Tapabocas	Lina M

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 Consulta Nacional: 018000910332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Euseun Lucia Cepeda Higuera	1052410887	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Potainas		
28 05 20	X			X					X		3 tapabocas - 1 bata des	
09 06 20	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	
08 06 20	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	
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, Euseun Lucia Cepeda Higuera Identificado (a) con CC: 7052410887, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0180001033  
 Línea Correo Nacional: 0180001033  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Ara Romero</i>	<i>46366015</i>	<i>Seguridad</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	Pollainas			
26 05 20				X							X		<i>Ara Romero</i>
07 06 20				X							X		<i>Ara Romero</i>
08 06 20				X							X		<i>Ara Romero</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, Ara 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Carrillo Lopez Cesar</i>	<i>9530770</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	Pollainas			
26 05 20				X							X		<i>elementos de epp</i>
04 06 20				X							X		<i>EPP</i>
08 06 20													<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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 Control Nacional: 018000910303  
VIGILADO

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	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 05 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO	
08 06 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DEISY Vargas Barera	105758547	Sogamoso

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

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 05 20				X							X	elementos de epp	DEISY	
04 06 20				X							X	elementos de epp	DEISY	
08 06 20				X							X	elementos de epp	DEISY	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, DEISY Vargas Barera identificado (a) con CC: 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910302  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	1.049631798	SOLIMOSO C. EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elememos de epp	[Firma]
01 06 20				X							X		[Firma]
08 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													
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Beranda P Maria Constanza	46.370.222	Soc.

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 05 20				X							X	elememos de epp	[Firma]
01 06 20				X							X		[Firma]
08 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													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Narcia Constanza Beranda Identificado (a) con CC: 46.370.222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Sebastian Rivera Quiroz</u>	<u>1049614080</u>	<u>Seguros</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20		X		X							X	Elementos de EPP	
07 06 20		X		X							X	Elementos de EPP	
08 06 20		X		X							X	EPP	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Giovanni Rodriguez S.</u>	<u>9396.880</u>	<u>Seguros</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	EPP	
07 06 20				X							X		
08 06 20				X							X		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, 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 Central Nacional: 018000910303  
VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Edida de aguas	<b>Cédula</b> 32775986	<b>Unidad</b> Sagamoso
--	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 05 20				X							X	EPP.	[Firma]
07 06 20				X							X	epp	X [Firma]
08 06 20				X							X	epp	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, Edida de aguas Identificado (a) con CC: 32775986, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ana Zoraida Cusba Nunez	<b>Cédula</b> 46.377485	<b>Unidad</b> Sagamoso
---	----------------------------	---------------------------


Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 05 2020				X							X		[Firma]
07 06 2020				X							X		[Firma]
08 06 2020				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, Ana Zoraida Cusba N Identificado (a) con CC: 46.377485, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Malaver Auedanza 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	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pisajina		
20 05 20				X					X		Elemento EPP	Sandra Malaver
06 20				X					X		Elemento EPP	Sandra Malaver
06 20				X					X		Elementos EPP	Sandra Malaver
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 01800010303  
 VIGILADO

4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		Versión: 3 ago-19 1 de 1
	<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Erika Saucedo		<b>Cédula</b> 1082896913
			<b>Unidad</b> 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 2020				X					X			Erika S.R.
02 06 2020				X								Erika S.R.
03 06 2020				X					X			Erika S.R.
04 06 2020				X								Erika S.R.
05 06 2020				X								Erika S.R.
08 06 2020	X			X					X			Erika S.R.
09 06 2020				X								Erika S.R.
10 06 2020				X								Erika S.R.
11 06 2020				X								Erika S.R.
DB 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.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1
	<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Juliana Suarez		<b>Cédula</b> 1053348179
			<b>Unidad</b> 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 2020	X			X					X			Juliana Suarez
02 06 2020				X								Juliana Suarez
03 06 2020				X								Juliana Suarez
04 06 2020				X								Juliana Suarez
05 06 2020				X								Juliana Suarez
06 06 2020	X			X								Juliana Suarez
08 06 2020				X					X			Juliana Suarez
09 06 2020				X								Juliana Suarez
10 06 2020				X								Juliana Suarez
11 06 2020				X								Juliana Suarez
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0800919332  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gloria Jackeline Ballesteros S	4073380836	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
02 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
03 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
04 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
05 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
06 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
08 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
09 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
10 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
11 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
12 06 2020				X								Jackeline Ballesteros
13 06 2020				X								Jackeline Ballesteros

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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Melissa Cardenas	4053348219	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 2020				X								Melissa C
02 06 2020				X								Melissa C
03 06 2020				X								Melissa C
04 06 2020				X								Melissa C
05 06 2020				X								Melissa C
06 06 2020	X			X					X			Melissa C
07 06 2020				X								Melissa C
08 06 2020				X								Melissa C
09 06 2020				X								Melissa C
10 06 2020				X								Melissa C
11 06 2020				X								Melissa C
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.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Leidy donna Borrego Sanabria	1053 338 976	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 06 2020	X			X						X			[Signature]
02 06 2020				X									[Signature]
03 06 2020				X									[Signature]
04 06 2020				X									[Signature]
05 06 2020				X									[Signature]
06 06 2020				X									[Signature]
08 06 2020	X			X						X			[Signature]
09 06 2020				X									[Signature]
10 06 2020				X						X			[Signature]
11 06 2020				X									[Signature]
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Shirley Roncano	105340626	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 06 2020	X			X						X			[Signature]
02 06 2020				X									[Signature]
03 06 2020				X									[Signature]
04 06 2020				X									[Signature]
05 06 2020				X									[Signature]
08 06 2020	X			X						X			[Signature]
09 06 2020				X									[Signature]
10 06 2020				X									[Signature]
11 06 2020				X									[Signature]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	63529281	MONIQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 06 20				X								
09 06 20				X								
10 06 20				X								
11 06 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 06 20				X								
09 06 20				X								
10 06 20				X								
11 06 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910332



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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08/06/20				X					X			
09/06/20				X								
10/06/20				X								
11/06/20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	1054682570	MONIQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08/06/20				X					X			
09/06/20				X								
10/06/20				X								
11/06/20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Camelo Soarez MAY</u>	Cédula <u>33676746</u>	Unidad <u>Garagoa</u>
---	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas			
05 06 2020	X			X									<u>Camelo</u>
08 06 2020	X			X									<u>Camelo</u>
09 06 2020	X			X									<u>Camelo</u>
10 06 2020	X			X									<u>Camelo</u>
11 06 2020	X			X									<u>Camelo</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Garagoa Diana</u>	Cédula <u>1020752786</u>	Unidad <u>Garagoa-Garagoa</u>
---	-----------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas			
05 06 20	X	X		X	X	X							<u>Diana</u>
08 06 20	X	X		X	X	X							<u>Diana</u>
09 06 20	X	X		X	X	X							<u>Diana</u>
10 06 20	X	X		X	X	X							<u>Diana</u>
11 06 20	X	X		X	X	X							<u>Diana</u>
17 06 20	X	X		X	X	X							<u>Diana</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Caicedo Avila Yanny Marleny	<b>Cédula</b> 33676330	<b>Unidad</b> Saragosa
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05/06/20			X	X		X			X	X		Yanny Caicedo
08/06/20			X	X		X			X	X		Yanny Caicedo
09/06/20			X	X		X			X	X		Yanny Caicedo
10/06/20			X	X		X			X	X		Yanny Caicedo
11/06/20			X	X		X			X	X		Yanny Caicedo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Armando Domínguez	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> 6010909
---	---------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
09/06/20	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
08/06/20	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
09/06/20	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
10/06/20	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
11/06/20	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**

4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Yoly Muñoz Romero</u>	<b>Cédula</b> <u>704188587</u>	<b>Unidad</b> <u>Administrativo</u>
--	-----------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/06/20	X			X		X				X			Yoly Muñoz
06/06/20	X			X		X				X			Yoly Muñoz
08/06/20	X			X		X				X			Yoly Muñoz
09/06/20	X			X		X				X			Yoly Muñoz
10/06/20	X			X		X				X			Yoly Muñoz
11/06/20	X			X		X				X			Yoly Muñoz
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Marcela Muñoz R Identificado (a) con CC: 704188587, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Pupo Moreno Melissa</u>	<b>Cédula</b> <u>1045725343</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencial</u>
--	------------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
5/06/20			X	X		X				X			MPP
6/06/20			X	X		X				X			MPP
8/06/20			X	X		X				X			MPP
9/06/20			X	X		X				X			MPP
10/06/20			X	X		X				X			MPP
11/06/20			X	X		X				X			MPP
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, MELISSA PUPU 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.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910332



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

Apellidos v Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daneida Castro	1099799182	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
8 06 2019	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daneida Castro
9 06 2019	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daneida Castro
8 06 2019	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daneida Castro
9 06 2019	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daneida Castro
10 06 2019	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daneida Castro
11 06 2019	✓	✓	✓	✓		✓			✓			Daneida Castro
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daneida Castro Identificado (a) con CC: 1099799182, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910303  
 Línea Correo Electrónico: 01 8000 910302



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
5 6 2020				1		2							Flor Isabel Serrano A.
8 6 2020				1		2			1				Flor Isabel Serrano A.
9 6 2020	1			1									Flor Isabel Serrano A.
10 6 2020				1		2							Flor Isabel Serrano A.
11 6 2020				1		3							Flor Isabel Serrano A.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Flor Isabel Serrano Avendaño Identificado (a) con CC: 23.452.508, 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <b>MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO</b>	<b>Cédula</b> <b>1140868607</b>	<b>Unidad</b> <b>JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ</b>
--	------------------------------------	---

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
5 6 2020				1		3							Maria Paula Campos Buitrago
8 6 2020	1			1									Maria Paula Campos Buitrago
9 6 2020				1		4							Maria Paula Campos Buitrago
10 6 2020				1		2			1				Maria Paula Campos Buitrago
11 6 2020				1									Maria Paula Campos Buitrago
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	<b>Cédula</b> 24080048	<b>Unidad</b> 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			
5	5	2020				1							<i>Alix Acevedo</i>
6	5	2020				1							<i>Alix Acevedo</i>
8	5	2020	1			1					1		<i>Alix Acevedo</i>
9	5	2020				1							<i>Alix Acevedo</i>
10	5	2020				1							<i>Alix Acevedo</i>
11	5	2020											<i>Alix Acevedo</i>
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Alix Margarita Acevedo Salazar 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> CLAUDIA MILENA BARRERA LOPEZ	<b>Cédula</b> 40045784	<b>Unidad</b> 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			
5	5	2020				1							<i>CML</i>
8	5	2020				1					1		<i>CML</i>
9	5	2020				1							<i>CML</i>
10	5	2020				1							<i>CML</i>
11	5	2020				1							<i>CML</i>
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Claudia Milena 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: 01800019033  
**VIGILADO**



4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta  
 4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033	
											Version: 3	
											ago-19	
											1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula				Unidad					
Darwin Miguel Gomez Leon			112829729				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:												
Elementos De Protección Personal												
Fecha (DD/MM/AA)	Celofa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
1 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
2 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
3 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
4 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
5 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
6 6 2020	X	X		X	X	X			X			
7 6 2020												
8 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
9 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
10 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
11 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
12 6 2020	X	X		X	X	X			X		Kit en consultorio	Daniel
13 6 2020												
14 6 2020												
15 6 2020												
Yo, <u>Darwin Miguel Gomez Leon</u> identificado (a) con CC: <u>112829729</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.												

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033	
											Version: 3	
											ago-19	
											1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula				Unidad					
Angelica Lanchas Diaz			40325318				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:												
Elementos De Protección Personal												
Fecha (DD/MM/AA)	Celofa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas	Observaciones	Firma
1 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
2 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
3 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
4 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
5 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
6 6 2020												
7 6 2020												
8 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
9 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
10 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
11 6 2020	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Kit consultorio 7	Angelica Lanchas Diaz
12 6 2020												
13 6 2020												
14 6 2020												
15 6 2020												
Yo, <u>Angelica Lanchas Diaz</u> identificado (a) con CC: <u>40325318</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 Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>July Carlina Rojas Herrem</u>	<u>40326034</u>	<u>C. Externa</u>

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Ariango Gime Kank</u>	<u>40331099</u>	<u>Asistencial</u>

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

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

Yo, Kank Ariango identificado (a) con CC: 40331099, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Blanca Li Carvajal Moreno	35262590	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. 896 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

yo, Blanca Li Carvajal Moreno identificado (a) con CC: 35262590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jose Romeo Ramirez	86080094	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. 896 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Roa Forero Aura Milena	<b>Cédula</b> 1.121.898.957	<b>Unidad</b> 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polinias					
1	6	2020	X	X	X										
2	6	2020	X	X	X										
3	6	2020	X	X	X										
4	6	2020	X	X	X										
5	6	2020	X	X	X										
6	6	2020													
7	6	2020													
8	6	2020	X	X	X										
9	6	2020	X	X	X										
10	6	2020	X	X	X										
11	6	2020	X	X	X										
12	6	2020													
13	6	2020													
14	6	2020													
15	6	2020													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Tulibila Carrascal Paola	<b>Cédula</b> 1.121.926.326	<b>Unidad</b> 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polinias					
1	6	2020	X	X	X										
2	6	2020	X	X	X										
3	6	2020	X	X	X										
4	6	2020	X	X	X										
5	6	2020	X	X	X										
6	6	2020													
7	6	2020													
8	6	2020	X	X	X										
9	6	2020	X	X	X										
10	6	2020	X	X	X										
11	6	2020	X	X	X										
12	6	2020													
13	6	2020													
14	6	2020													
15	6	2020													

Yo, Paola Tulibila Carrascal identificado (a) con CC: 1.121.926.326, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Camilo Puentes	<b>Cédula</b> 1010182835	<b>Unidad</b> 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 2.2.4.5.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

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

Yo, Juan Camilo Puentes identificado (a) con CC: 1010182835, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Camile Saboga	<b>Cédula</b> 40.392.862	<b>Unidad</b> 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 2.2.4.5.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cinta	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Pollinas					
1	6	2020	X	X		X						X		Kit consultorio	
2	6	2020	X	X		X						X		Kit consult	
3	6	2020	X	X		X						X		" "	
4	6	2020	X	X		X						X		" "	
5	6	2020	X	X		X						X		" "	
6	6	2020	X	X		X						X		" "	
7	6	2020													
8	6	2020	X	X		X						X		" "	
9	6	2020	X	X		X						X		" "	
10	6	2020	X	X		X						X		" "	
11	6	2020	X	X		X						X		" "	
12	6	2020													
13	6	2020													
14	6	2020													
15	6	2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Beltrán	<b>Cédula</b> 40218844	<b>Unidad</b> 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 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

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

Yo, Yoly Beltrán identificado (a) con CC: 40218844 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Varela	<b>Cédula</b> 40.340.723	<b>Unidad</b> Administrativo
---	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

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

Yo, Sandra Varela identificado (a) con CC: 40.340.723 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Maná E. Navarro</i>	<i>1121838406</i>	<i>Asistencial</i>

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Rey Rodriguez Adriana Lorena</i>	<i>1.019.071.171</i>	<i>Asistencial</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
		Cable	Monopala de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	6	2020													
2	6	2020													
3	6	2020													
4	6	2020	X			X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
5	6	2020	X			X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
6	6	2020													
7	6	2020													
8	6	2020				X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
9	6	2020	X			X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
10	6	2020	X			X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
11	6	2020				X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
12	6	2020				X									<i>Adriana Lorena Rey Rodriguez</i>
13	6	2020													
14	6	2020													
15	6	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  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Liliana Rojas</i>	Cédula <i>43920473</i>	Unidad <i>Jersalud</i>
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
09/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
10/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
11/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
12/06/20												
13/06/20												
14/06/20												
15/06/20												
16/06/20												
17/06/20												
18/06/20												
19/06/20												
20/06/20												

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Liliana Rojas</i>	Cédula <i>43920473</i>	Unidad <i>Jersalud Hto Gaitán</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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
23/05/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
25/05/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
26/05/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
27/05/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
28/05/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
29/05/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
01/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
02/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
03/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
04/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
05/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>
08/06/20				X								<i>Liliana Rojas</i>

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



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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Padua	Cédula 1.023000119	Unidad Jersalud
--	-----------------------	--------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/06/20				X					X			Sadp
10/06/20				X					X			Sadp
11/06/20				X								

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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Padua	Cédula 1.023000119	Unidad Jersalud pro caton
--	-----------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23/05/20				X								Sadp
25/05/20				X								Sadp
26/05/20				X								Sadp
27/05/20				X								Sadp
28/05/20				X								Sadp
29/05/20				X								Sadp
01/06/20				X								Sadp
02/06/20				X								Sadp
03/06/20				X								Sadp
04/06/20				X								Sadp
05/06/20				X								Sadp
08/06/20				X								Sadp

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Nacional, 0980010332  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Martha Rodriguez</i>	Cédula	Unidad <i>Jersalud</i>
--	--------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09 06 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
10 06 20												<i>incapacitada</i>	
11 06 20												<i>incapacitada</i>	

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Martha Rodriguez</i>	Cédula	Unidad <i>Jersalud</i>
--	--------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23 05 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
25 05 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
26 05 20			X	X					X				<i>Martha Rodriguez</i>
27 05 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
28 05 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
29 05 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
01 06 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
02 06 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
03 06 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
04 06 20			X	X					X				<i>Martha Rodriguez</i>
05 06 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>
08 06 20				X									<i>Martha Rodriguez</i>

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



**4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López**

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GD)003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellido y Nombre Completo	Código	Servicio/Unidad
ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	1121914029	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. 888 de 1979 y Res. 48 de 1982 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1973, Decreto 1072 de 2016 en el Art. 2.2.4.3.24, numeral 5, se está haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Celosa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapa con desechables	Tocacapas N95 con válvula	Casaca de lino	Cuarenta de estirpe	Guaipotes de nylon	Bata desechable			Botas
2 6 2020				X								
3 6 2020				X								
4 6 2020				X								
5 6 2020				X								
6 6 2020				X								
7 6 2020			X	X						X	Recibido P. Velasquez	
8 6 2020			X	X								
9 6 2020			X	X								
10 6 2020			X	X								
11 6 2020			X	X								
12 6 2020												
15 6 2020												
16 6 2020												
17 6 2020												
18 6 2020												
19 6 2020												
20 6 2020												
22 6 2020												
23 6 2020												
24 6 2020												
25 6 2020												
26 6 2020												
28 6 2020												
30 6 2020												

Yo, ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ identificado (a) con CC: 1121914029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar el 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  
 Línea Correo Nacional: 018000191033





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GD)003
		Versión: 3
		ago-10
		1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	C.C.P.N.	GRUPO
JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	12565313	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. 1982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 and el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Código	Fecha	Hora	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma				
			Casco	Mascarilla de seguridad	Cascos de protección	Teleros ocajos	Teleros ocajos	Teleros ocajos	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de látex	Bata desechable			Prezales			
2	6	2020		X		X												
3	6	2020		X		X												
4	6	2020		X		X												
5	6	2020		X		X												
6	6	2020		X		X												
7	6	2020		X		X												
8	6	2020		X		X												
9	6	2020		X		X												
10	6	2020		X		X												
11	6	2020		X		X												
13	6	2020																
15	6	2020																
16	6	2020																
17	6	2020																
18	6	2020																
19	6	2020																
20	6	2020																
22	6	2020																
23	6	2020																
24	6	2020																
25	6	2020																
26	6	2020																
27	6	2020																
30	6	2020																

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**

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

<b>Apellido y Nombres completos</b>	<b>Código</b>	<b>Entidad</b>
ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	1121925239	CONSULTA EXTERNA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 40 de 1982 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2-4.8.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
Cuñe	Monopala de seguridad	Cascos desechable	Tapaocas desechables	Tapaocas NBS con válvula	Gauchos de látex	Gantes de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Perifoneo							
2	6	2020			X	X				X						
3	6	2020			X	X				X						
4	6	2020			X	X				X						
5	6	2020			X	X				X						
6	6	2020			X	X				X						
8	6	2020			X	X				X						
9	6	2020			X	X				X						
10	6	2020			X	X				X						
11	6	2020			X	X				X						
12	6	2020														
15	6	2020														
16	6	2020														
17	6	2020														
18	6	2020														
19	6	2020														
20	6	2020														
22	6	2020														
23	6	2020														
24	6	2020														
25	6	2020														
26	6	2020														
29	6	2020														
30	6	2020														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



**4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> LILIANA CELEDONIA FONSECA	<b>Cédula</b> 37,094,408	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
8 6 20				X		X					Gorro quirurgico	
9 6 20				X		X						
10 6 20				X		X						
11 6 20				X		X						
12 6 20				X		X						

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HADIVY ROMERO BERNAL	<b>Cédula</b> 52,776,902	<b>Unidad</b> 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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
8 6 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
9 6 20				X		X						
10 6 20				X		X						
11 6 20				X		X						
12 6 20				X		X						
13 6 20				X		X						

Yo, Hadivy Romero Bernal 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: 018000910333  
 Línea Correo Nacional: 018000910333  
**VIGILADO**



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
8 6 20			X			X			X		Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
9 6 20			X			X						<i>[Signature]</i>
10 6 20			X			X						<i>[Signature]</i>
11 6 20			X			X						<i>[Signature]</i>
12 6 20			X			X						<i>[Signature]</i>
13 6 20			X			X						<i>[Signature]</i>

Yo, Yadira Toro 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JORGE ENRIQUE CLAVIJO	<b>Cédula</b> 79,958,924	<b>Unidad</b> 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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
8 6 20			X			X					Gorro quirurgico	
9 6 20			X			X						<i>Jorge Clavijo</i>
10 6 20			X			X						<i>Jorge Clavijo</i>
11 6 20			X			X						<i>Jorge Clavijo</i>
12 6 20			X			X						<i>Jorge Clavijo</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 5 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
9 6 20				X		X						
10 6 20				X		X						
11 6 20				X		X						
12 6 20				X		X						
13 6 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> NAIRA GUERRA VARGAS	<b>Cédula</b> 1,121,889,427	<b>Unidad</b> 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		
3 6 20				X		X			X			
8 6 20				X		X						
10 6 20				X		X						
14 6 20				X		X						
12 6 20				X		X						
13 6 20				X		X						

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> IMNA MENDIETA CONTRERAS	<b>Cédula</b> 52,045,168	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
3 6 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
9 6 20				X		X						<i>[Signature]</i>
10 6 20				X		X						<i>[Signature]</i>
11 6 20				X		X						<i>[Signature]</i>
12 6 20				X		X						<i>[Signature]</i>
13 6 20				X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, Imna Mendieta identificado (a) con CC: 52045168, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### 4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIANA MARCELA SANCHEZ	<b>Cédula</b> 1120364043	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
8 6 2020		X	X	X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
8 6 2020				X		X					LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
10 6 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
11 6 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
12 6 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
08/06/2020												
09/06/2020				X	X	X					TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
10/06/2020												
11/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
12/06/2020												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
HERNAN DARIO RAMOS	97611226	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
08/06/2020				X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
09/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
10/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
11/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
12/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	<b>Cédula</b> 40449526	<b>Unidad</b> 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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable			Polainas
8 6 2020	x		x	x	x				x		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
8 6 2020				x		x					LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
10 6 2020				x		x						<i>[Signature]</i>
11 6 2020				x		x						<i>[Signature]</i>
12 6 2020				x		x						<i>[Signature]</i>

Yo, Andrea Santos R Identificado (a) con CC: 40-449526 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	<b>Cédula</b> 1120498277	<b>Unidad</b> 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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable			Polainas
8 6 2020				x	x	x			x		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
8 6 2020												<i>[Signature]</i>
10 6 2020				x		x						<i>[Signature]</i>
11 6 2020				x		x						<i>[Signature]</i>
12 6 2020				x		x						<i>[Signature]</i>

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	40446687	ADMINISTRATIVO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/06/2020				X		X							<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
04/06/2020				X		X					X		<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
06/06/2020				X		X							<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
11/06/2020				X		X							<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
12/06/2020				X		X							<i>Lu Esperanza Guerrero</i>

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	40448789	ADMINISTRATIVO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/06/2020				X		X					X		<i>Maria Olinda Murillo</i>
04/06/2020				X		X							<i>Maria Olinda Murillo</i>
10/06/2020				X		X							<i>Maria Olinda Murillo</i>
11/06/2020				X		X							<i>Maria Olinda Murillo</i>
12/06/2020				X		X							<i>Maria Olinda Murillo</i>

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



**4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare**

**4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal**

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Peñavanda Caballero Harold Guillermo</u>	Cédula <u>87485111</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas				
13 05 2020	X			X		X							Paquete * 3 unidades.	
19 05 2020	X*5			X*5		X*5							Paquete * 5 unidades c/u.	
19 05 2020					1								Los guantes estan a disponibilidad.	
05 06 2020	2			2										
11 06 2020	2			2	1								Guantes a disposición consulte.	

Yo, Harold Peñavanda Identificado (a) con CC: 87485111, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Uva Pelayo Henry David</u>	Cédula <u>9432965</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	--------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas				
13 05 2020	X*3			X*3		X*3							Paquete * 3 unidades de c/u.	
19 05 2020	X*5			X*5		X*5							Paquete * 5 unidades c/u.	
19 05 2020					1								Tapabocas N95 sin filtro.	
05 06 2020	2			2										
11 06 2020	2			2	1								Guantes a disposición - Cons	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Charrys Yurleis Vanessa.	1080015590	Asistencia I

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 2020	X										Tiene mascarilla reutilizable	C Charms
21 05 2020					X						Sin válvula / Guantes disponibles	C Charms
26 05 2020								X				C Charms
28 -05 2020								X				C Charms
01 -06 2020	2											C Charms
11 06 2020	3			5	1						Guantes a disponibilidad Batas	C Charms

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jimenez Rojas Oscar Hernando.	1.054.090740.	Asistencia I.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 05 2020	X*2			X*2							Se entrega pag. * 2.	[Firma]
20 05 2020	X*3			X*3							Se entregan pag	[Firma]
27 05 2020	2			2								[Firma]
04 06 2020	3			3								[Firma]
11 06 2020	3			3								[Firma]

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ruiz Torres Kelly Vanessa	1010201040	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
13 05 2020	X*4			X*4		X*4						Se entrega para completa semana	Vanessa Ruiz P.
19 05 2020	X*4			X*4		X*4						Paquete *4 - Guantes cuya adhesión	Vanessa Ruiz P.
20 05 2020					X							Sin válvula	Vanessa Ruiz P.
27 05 2020	4			4									Vanessa Ruiz P.
02 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz P.
03 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz P.
04 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz P.
08 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz P.
09 06 2020	1			1									Vanessa Ruiz P.
10 06 2020	3			3									Vanessa Ruiz P.
11 06 2020					1								Vanessa Ruiz P.

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gonzalez Cuevas Ysella	4744197	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	Pelotas			
15 05 2020	X											Tapabocas reutilizable	Ysella Gonzalez Cuevas
29 05 2020				X									Ysella Gonzalez Cuevas
01 06 2020				X									Ysella Gonzalez Cuevas

Yo, Ysella Gonzalez Cuevas identificado (a) con CC: 4744197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Cecibel Pacheco Natalia	118570378	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 05 2020	X											Lueta con manovillas reutilizable	Natalia Cecibel
21 05 2020	X												Natalia Cecibel
08 06 2020	X			1									Natalia Cecibel

Yo, Natalia Cecibel Identificado (a) con CC: 118570378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Duarte Santos César Alberto	1047438183	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			
13 05 2020	X			X		X						Paquete * 4 unidades	César Duarte
19 05 2020	X			X		X						Paquete * 4 unidades	César Duarte
20 05 2020					X							sin válvula	César Duarte
27 05 2020	4			4								Pq - * 4.	César Duarte
04 05 2020	2			2									* César Duarte
11 06 2020	2			2									César Duarte
12 06 2020					1								Batas y guantes a necesidad - Disponibilidad In. César Duarte

Yo, César Duarte Identificado (a) con CC: 1047438183 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



**5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

**5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá**

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-JUN-20	Maria Cecilia Rodriguez	Línea Frente Unidad	Jenny Gabriela Gutierrez

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso correcto 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			uso de bata desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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		uso de cadena
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	11	1	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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: 018000910303  
 Línea de Atención al Paciente: 018000910302  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-Jun-20	Andersson Jacca	Unid Frente TUB	Jenny Gabriela Cortes

Calificación del evaluador: 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 salpicaduras.	X			uso correcto 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			uso bata desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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	110	A	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-Jun-20	Sandra Motta	Área Enfermería Trabajo	Jenny Sobrera Contreras

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso de protección respiratoria
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			uso bata desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16 Junio - 20	Irlanda Maria Roldi	Servicios generales Toque	Jenny Gabriela Ochoa M.

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-JUN-20	Jose oregano roldan	consulta externa zona	Jenny salanda outisomet

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

TOTAL	10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-Junio-20	David Johan Jimenez	odontología Tajá	Jenny Gabriela Sotomayor M.

Calificación del evaluador: 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			Kit = Monogafa, visor, respirador N95
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			uso de doble guante
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			uso de overol antifluido, y <sup>bata</sup> desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11 Junio-20	Joan Adolfo Fonseca	Psicología Taller	Jenny Gabriela Gutierrez M.

Calificación del evaluador: 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			uso de tapabocas
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			uso de bata desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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		X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
11-05-20	Claudia Isabel Montañez	Consulta Externa Tupiza	Jenny Gabriela Sotomayor

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Oficina Nacional, 01800010332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-06-20	Mónica Flores	consulta externa Tajá	Jenny Gabriela Estenoz

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso de monogafas y 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			uso de bata desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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			uso de cofia como desechable
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Corina Naranjo, 01800019033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-Junio-20	Joly Patricia Ovalle	Consulta P y P Talla	Jenny Gabriela Rodríguez M.

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso de tapabocas
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			uso de bata desechable
5	Evita utilizar los elementos de protección 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			uso de goma desechable
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	SANDRA MALAVER	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	CALIFICACION 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			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	CONSTANZA BENAVIDES	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	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	CESAR CARRILLO	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	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	SEBASTIAN RIVERA	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	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	GIOVANY RODRIGUEZ	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	ELIDA DE AGUAS	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	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	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	MILENA QUINTERO	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			

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	DEISY VARGAS	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			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	ANA ZORAIDA CUSBA	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 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			

<b>TOTAL</b>	12	0	3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 60%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/06/2020	ANA ROMERO	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	CALIFICACION 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	0	3	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
20/06/2020	Jovana Córdoba	Asistencial	Aura Cristina Lombardo O.

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
20/06/2020	Gina Karina Arango	Asistencial	Aura Cristina Lombro Arenas

Calificación del evaluador: Mayor con una (x) equivale a su calificación es: C: Cumplió, NC: No cumplió, 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			Uso de guantes y uso de tapabocas permanentes.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/06/2020	Darwin Gomez	Asistencial	Aura Cristina Londoño O.

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/06/2020	Paola Tolibila	Administrativa	Aura Cristina Landero Querez

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

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

<b>TOTAL</b>	9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>	300%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
(Puntaje Total (cumplido)/Total de criterios evaluados * 100)				80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
				95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/06/2020	Aura Milena Paz	Administrativa	Aura Cristina Lardero

Calificación del evaluador: Marcar con una X si cumple o su calificación es: C=Cumple; NC=No cumple; NA=No aplica

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

<b>TOTAL</b>	9   0   6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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: 0100010303  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
10/06/2020	Gamile Sabogal	Asistencia	Aora Cristina Lombardi


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

TOTAL	13	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 01000101033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/06/2020	Ivan Camilo Puentes	Asistencia	Aura Cristina Londono O.

Calificación del evaluador: Marcar con una X si cumple la calificación en: 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			Se recomienda lavado de manos y el desoprimante 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	

<b>TOTAL:</b>	11   0   4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumplir) / Total de criterios evaluados * 100)	30%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/06/2020	Blanca Li Canqajal	Asistencial	Aura Cristina Cardozo D.

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según la calificación sea: **SI**: Cumple; **NO**: No cumple; **NA**: No aplica.

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

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total Cumplido/Total de criterios evaluados) x 100	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Control Nacional 018000190332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/06/2020	Maria Emilia Nuñez	Asistencial	Aura Cristina Lombro Quiroz

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

TOTAL	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  
 Linea Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
30/06/2020	Angelica Ibarra	Asistencia	Aura Insua Londono Ovares


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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
30/06/2020	Yuly Rojas	Asistencial	Aura Cristina Londono Quirós

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

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.  
 Línea Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**



**5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias**

		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
11/06/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
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					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
11/06/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
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					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
11/06/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
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					
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>		100%			<b>0% - 80%</b>	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					<b>80% - 94%</b>	<b>ACEPTABLE</b>	
					<b>95% - 100%</b>	<b>SOBRESALIENTE</b>	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
11/06/2020		HAIDIVY ROMERO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección 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					
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

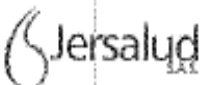




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
11/06/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
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					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (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**

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11/06/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

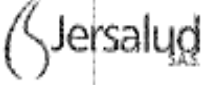
Calificación del evaluador; Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
11/06/2020	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		NO SE CUENTA CON ELLA EN EL MOMENTO, A LA ESPERA DEL ENVIO DE ÉSTA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección 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		HACEN FALTA GORROS
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el caballo recogido (Mujeres)		X		
14	Las 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	

<b>TOTAL</b>	10	3	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	77%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

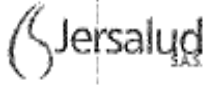
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11/06/2020	RONNIE CARMOHA	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
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 (snifles, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingresar a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas (spabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11/06/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

TOTAL	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	PUNTAJE	
	11	1	3	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
11/08/2020	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
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			UTILIZA TAPABOCAS DE FORMA 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			
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	

<b>TOTAL</b>	10	1	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11/06/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO CUENTA CON BAYAS 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 potenciales tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

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

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

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



**5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán**

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
11/06/2020		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			x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Se ven tapabocas fuera de las instalaciones de la institución		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y 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			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (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	
11/06/2020		MARTHA RODRIGUEZ		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
Jersalud S.A.S.					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
11/06/2020	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	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		
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (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**

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-06-2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

TOTAL:	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
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 Casanare: 08000910303  
 Línea Casanare Nacional: 08000910303  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11-06-2020	Harold Peñaranda	Asistencial	Ysella Gonzalez E.

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
12-06-2020	Henry Dario Uva	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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		X	
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
12-06-2020	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 EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicólogo
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección 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	9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
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: 0180001910303  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09-06-2020	Milberry Sarmiento	Asistencial	Yoella González P.

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 01800019303  
**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
08-06-2020	Johana Rincón	Administrativa	Ysela Gonzalez

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

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09-06-2020	Natalia Pediel	Asistencial	Yaela Gonzalez

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corrala Nacional: 0 800 091 0333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08-06-2020	Arlyn Ramirez	Administrativa	Yoela Gonzalez

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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea 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
08-06-2020	Karen Solano	Administrativa	Ysella Gonzalez

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Profesional de Calidad.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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  
 Línea Control Nacional: 0 800 019333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-06-2020	Vanessa Charris	Asistencial	Ysella Gonzalez P.

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-06-2020.	Kelly V. Roz	Asistencial.	Ysella Gonzalez 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			Médico General.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



### 5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



**6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES**

**6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá**

**6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
9-6-20	Juan Fonseca	Psicólogo	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Fonseca
9-6-20	Alfonso Rojas	Asesor	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso Rojas
09-06-20	Diana Alejandra	Aux. Asistencia	Asesor	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Alejandra
09-06-20	Sandra Sofía	Aux. Ejec	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Sofía
09-06-20	Claudia Robinson	Aux. Calidad	ADMIN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia Robinson
09-06-20	María Paula Rojas	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María Paula Rojas
09-06-20	Sara Cecilia	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sara Cecilia
09-06-20	Anderson (Ares)	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson (Ares)
09/06/20	John Warr	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John Warr
09/06/20	José Darío	MD	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José Darío
09/06/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Zepa
09/06/20	Gerson Giraldo	Medico	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson Giraldo
9/06/20	José María	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María
9/06/20	José María	M.D	C. EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María
10/06/20	Juan Fonseca	Psicólogo	C. Ext	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Fonseca
10/06/20	Sofía Cecilia	Asesor	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía Cecilia
10/6-20	Alfonso Rojas	Asesor	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso Rojas

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
09/06	José Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	José Torres
9/06/20	Alfonso Rojas	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso Rojas
9/06/2020	Alicia Martínez	Medica Grad	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Alicia Martínez
9/06/20	Yolky Oyler	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolky Oyler
9/06/2020	Alfonso Rojas	Neurólogo	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Alfonso Rojas
09/06/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Zepa
11/06/20	Anderson (Ares)	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson (Ares)
11/06/20	Anderson (Ares)	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson (Ares)
09/06/20	Monica Flaca	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica Flaca
9/06/20	Luz Mayra U	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Mayra U
9/6/20	Alfonso Rojas	Medico	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso Rojas
9/6/20	José Darío	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	José Darío
9/6/2020	Alicia Martínez	Medica Grad	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Alicia Martínez
9/06/2020	John Warr	MD Grad	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John Warr
9/06/20	Sara Cecilia	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sara Cecilia
09/06/20	José María	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María
09/06/20	Gerson Giraldo	Medico	C. Ext	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson Giraldo
09/06/20	José María	M.D	C. EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José María

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar seriosíntoma (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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
04-06-20	Erika Besigas	Asist. Admin.	Admin.	No	No	35.2	No	No	No	No	No	I	
05-06-20	María Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	I	
05-06-20	Daisy Marcela Lopez	Aux Administrativa	Admin	No	No	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy I	
05-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I	
05-06-20	Erika Besigas	Asist. Admin.	Admin	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Erika I	
08-06-20	Jenny Gabriela Cárdenas	Analista SST	Admin	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Jenny C I	
08-06-20	Daisy Marcela Lopez	Aux Administrativa	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Daisy I	
08-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I	
08-06-20	María Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	María P I	
08-06-20	Jenny Gabriela Cárdenas	Analista SST	Admin	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Jenny C I	
08-06-20	Jenny Gabriela Cárdenas	Analista SST	Admin	No	No	35.5	No	No	No	No	No	Jenny C I	
07-06-20	Daisy Marcela Lopez	Aux Administrativa	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Daisy I	
09-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I	
09-06-20	Nubia Valencia	Coord. Asis. Sede	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia V I	
09-06-20	María Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	María P I	
09-06-20	Erika Besigas	Asist. Admin.	Admin.	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Erika I	
09-06-20	Jenny Gabriela Cárdenas	Analista SST	Admin	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny C I	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar seriosíntoma (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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario	
09-06-20	Erika Besigas	Asist. Admin.	Admin	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Erika I	
10-06-20	Daisy Marcela Lopez	Aux Administrativa	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy I	
10-06-20	Jenny Gabriela Cárdenas	Analista SST	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny C I	
10-06-20	María Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	María P I	
10-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I	
10-06-20	Erika Besigas	Asist. Admin.	Admin.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Erika I	
11-06-20	Daisy Marcela Lopez	Aux Administrativa	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy I	
11-06-20	María Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	María P I	
11-06-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I	
11-06-20	Jenny Gabriela Cárdenas	Analista SST	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny C I	
11-06-20	Zulma Betancur	Jepe Enfermera		NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Zulma B I	
11-06-20	Erika Besigas	Asist. Admin.	Admin	No	No	35.7	No	No	No	No	No	Erika I	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 018000910303  
 VIGILADO





Jersalud												FIGA003 Versión: 2 may-20 1.0E.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 virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?					
08/06/20	Mario Palacios	Aux Admin	Admin	NO	NO	37.00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Enrique Burgos	Asst. Admin	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Anderson	Asst. Admin	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Andrea Zepeda	Administrativa	AdminCE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	John	MD	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Sonia	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Maria Alejandra	Aux. MAN	ADM.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Georgina	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Nubia	M.D	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8/6/20	Joel	MP	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Esch	MD	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
09/06/20	Sonia Ruiz	Aux. Ad.	Admin.	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9/6/20	Judy	Aux. Ad.	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9/6/20	Juan	Psicólogo	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9/6/20	Isabella	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
09/06/20	Maria Rodriguez	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
09/06/20	Monica Flores	Medico	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9-6-20	Sanola Torres	Medico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud												FIGA003 Versión: 2 may-20 1.0E.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 virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?					
10/06/20	Luz Mónica Mejica	Medico	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/06/20	Monica Flores	Medico	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Yolky Ovalle	Enfermera	C.EXT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Andrea Fajardo	Aux. Odonto.	Odonto.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	John	Medico	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Andrea	Aux. Admin	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Andrea Zepeda	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Nubia	Coord. Sede	C.EXT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Sanola Torres	Medico	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/06	Clara	Medico	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/06	Esch	Medico	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/06	Monica Flores	Medico	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/06/20	Luz M. Mejica	Medico	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	John	Medico	C.EXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6	Esch	Medico	C.EXT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	Clara	Medico	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/6/20	John	MD	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910333  
 VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FGBA003 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 analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalagía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario	
10/06/20	Sara C. Palma	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	SI	[Firma]
10/06/20	Isabel Torres	MD	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10/06/20	Juan Fonseca	psicólogo	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10/06/20	Juan Carlos	M.D	C. Ext	No	No	35.5	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10/06/20	John Sandoval	MD	C. Ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Diana María	C. Ext	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Diana María	AUX. ADMIN	ADM	No	No	36.4	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Andrea Jaques	AUX. ODONTOL.	ODONTOL.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Sandra Vera	AUX. C. EXT.	C. EXT.	No	No	36.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Jenny Estrella	Analista SST	Admin	No	No	35.0	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Blanca N. Vargas	Coord. Sede	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10/6/20	John Sandoval	Gradajo	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Anderson Caceres	AUX. ADMIN	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10/06/20	Diana María	AUX. ADM	ADM	No	No	35.9	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10/06/20	Sara C. Palma	MD	C. Ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	SI	[Firma]
10-06-20	John Sandoval	AUX. ODONTOL.	C. Ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	John Sandoval	MD	C. Ext	No	No	35.7	No	No	No	No	No	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FGBA003 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 analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalagía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario	
10-06-20	Mario Pablo Rojas	Aux Admin	Admin	No	No	36.4	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
10-06-20	Blanca Nubia V	Coord. Sede	Coord. Ext.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/6/20	Andrés Nino	Médico	C. Ext	No	No	35.2	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/6/20	Andrea Jaques	Aux. Odont.	Odont	No	No	35.4	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	Jenny Torres	Tratador	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	SI	[Firma]
11/06/20	Francisco Sandoval	Médico Grad	C. Ext	No	No	35.8	No	No	No	No	No	SI	[Firma]
11/06/20	Diana Fonseca	psicólogo	Odontol	No	No	36.7	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/6/20	Juan Fonseca	psicólogo	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	Monica Flaca	Médico	C. Ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	Luz Marina Rojas	Médico	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/6/20	Andrés Nino	Médico	C. Ext	No	No	32.0	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	John Sandoval	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	Joel D.	MD	C. Ext	No	SI	35.6	No	No	No	No	No	SI	[Firma]
11/06/20	Geison Camacho	Médico	C. Ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	Isabel Torres	MD	C. Ext	No	No	36.6	No	No	No	No	No	NO	[Firma]
11/06/20	Sara C. Palma	Médico	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	SI	[Firma]
11/6/20	John Sandoval	Médico	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FECA003 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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11-06/20	Juan Carlos Gale	M. D	C-EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
11-06/20	Yolanda Montoya	Red Social	C-Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
11-06/20	María Victoria	Nutricionista	C-Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FECA003 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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
4/6/20	DIANA CERCAJO	TUX Adm	Adm	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C
4/6/20	DIANA P. ACEBO	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C
04-06-20	Gloria Isabel Acosta	Coordinadora	Asistencia	No	No	36.9	No	No	No	No	No	[Firma]
04-06-20	Alexandra Pineda	Aux. Adm.	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Hidaly Tronzo	Aux Admin.	Adminis	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Lina Acosta	Aux Adm.	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Jessica Jimenez	Aux ADM	Asistencia	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Nancy Moglia	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/06/20	Luis Rodriguez	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Martha Cecilia	Medico	Asist	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Angela De la Cruz	Medico	Asist	No	No	36	No	No	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAJ003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
												Salida	
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 antifebrilatorios 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?		
04-06-20	Nancy Mosquera	Medico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Hidaly Triana	Aux Adminis	Administ	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/06/20	Alejandro Pinzon	Aux Admini	Administ	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/06/20	Evelyn Cepeda	Asist. IT	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/06/20	Diana P. Acero	Asistencial	Enfermera	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/06/20	Diana Cepeda	Aux adm	adm	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-06-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Lina Arague	Admin	Admin	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-6-20	Orlando Gutierrez	Asist. Tec.	Medico	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-06-20	Ingrid Forjas	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/6/20	José Luis Jimenez	Aux adm	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/06/20	José Luis Jimenez	Medico	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAJ003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
												Entrada	
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 antifebrilatorios 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?		
5-6-20	Lina Arague	Admin	Admin.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/06/20	Diana Cepeda	Aux adm	adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/06/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/06/20	José Luis Jimenez	Aux Gerencia	Asistencial	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Hidaly Triana	Aux Adminis.	Adminis	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Nancy Mosquera	Medico	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Hidaly Triana	Medico	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/06/20	José Luis Jimenez	Medico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-06-20	Orlando Gutierrez	Medico	Asist.	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	Evelyn Cepeda	Asistente IT	Admin	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Salida												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
06-06-20	Jose Luis Jimenez	Aux Adm	Asistencia	SI	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	José Luis
05-06-20	Hidaly Triana	Aux Admin.	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
05-06-20	LUCIA CEREZA	ASIST TH.	Admini.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	LUCIA
5-6-20	Juan Antonio	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Antonio
5-06-2010	Francisco S	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Francisco
05/06/20	José Luis Jiménez	Médico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	José Luis
05-06-20	Orlando Gutiérrez	Médico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando
05/06	Alejandra Pineda	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
05-06-20	Glacia Arellano	coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Glacia

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
ENTRADA												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
06/06/20	Diana Arellano	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
06-06-20	Hidaly Triana	Aux Adminis.	Administ	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
06-06-20	Jose Luis Jimenez	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Luis
06/06/20	Orlando Cereza	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Perú  
 VIGILADO



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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
06/06/20	Diana P. Acevo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P.
06-06-20	Hidaly Triana	Aux Administ	Administ	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
06-06-20	Jorge Luis Jimenez	Aux Administ	Adminis	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jorge Luis Jim
06/06/20	OMAR CELENO	AUX ADMIN	ADMIN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	OMAR

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	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
08/06/20	Alejandro Pinzon	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/06/20	Esther Cepeda	Asst TH	Adminis	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Esther
08-06-20	Yanira Lucio	Producta	Distric	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	Yanira
08/06/20	OMAR CELENO	AUX ADMIN	ADMIN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	OMAR
08-06-20	Hidaly Triana	Aux Adminis.	Adminis.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
08-06-20	Patricia Armenta	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
08-06-20	Sheila Fajó S.	Medica	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sheila
08/06/20	Diana P. Acevo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P.
08/06/20	Olivia de la Cruz	Medica	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
08-06-20	Juan Ramirez	Medico	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
8-6-20	Lina Heredia	Aux Adm	Aux Adm	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lina

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISIAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintonología (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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
28/06/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P	
28/06/20	Jose Luis Jimenez	Aux Adminis	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Luis	
28/06/20	OLIVIA CERCADO	AUX ADMIN	ADMIN	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	OLIVIA	
28/06/20	Nancy Morales	Medico	ADM	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy	
08-06-20	Hudaly Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly	
08-06-20	Alejandro Pinzon	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandro	
8-6-20	Lina Araya	AUX ADMIN.	ADMIN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
8-06-20	Gloria Arendano	Coordinador	Asistencia	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria	
08-06-20	Evelyn Lopez	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn	
08-06-20	André Dolly Tapia	Medico	Asiste	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	André	
08-06-20	Walter Ramirez	Medico	Asiste	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Walter	
8-06-20	Orlando Gutierrez	Medico	Asiste	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Orlando	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISIAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintonología (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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
09-06-20	Evelyn Lopez	Asistente TH	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn	
09-06-20	Hudaly Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly	
9-6-20	Lina Araya	AUX ADMIN	ADMIN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
9/06/20	OLIVIA CERCADO	AUX ADMIN	ADMIN	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	OLIVIA	
9/06/20	Diana Acero	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana	
9/06/20	Nancy Morales	MEDICO	Asiste	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy	
9-06-20	Gloria Arendano	Coordinador	Asistente	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria	
09-06-20	Alejandro Pinzon	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandro	
09-06-20	André Dolly Tapia	Medico	Asiste	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	André	
09-06-20	Walter Ramirez	Medico	Asiste	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Walter	
9-06-20	Orlando Gutierrez	Medico	Asiste	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Orlando	



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Salida												
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	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
09-06-20	Nancy Mogollón	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Hidaly Truana	Aux Admini.	Adminis/	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Ornella Cetraco	AUX ADMN	ADM	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Diana P. Acero	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Angela Dolly Tapia	Medico	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
09-06-20	John Ruzo	Medico	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Chiribá Guevara	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
09-06-20	Alexandra P	Aux Adm	Admini.	NO	NO	37.00	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Gloria Isabel Aranda	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Entrada												
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	Falga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
10-06-20	Ornella Cetraco	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Diana Acero	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Nancy Mogollón	Medico	Asistencia	NO	NO	38.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Alexandra Pinzón	Aux Admin	Adminis	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Lina Acero	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Hidaly Truana	Aux Administr	Administ.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Chiribá Guevara	Medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10-06-20	Angela Dolly Tapia	Medico	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
09-06-20	John Ruzo	Medico	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Coram Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
10/06/20	Alejandra Pinzon	Aux Admini	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/20	Evelyn Caracci	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.11	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/20	Olivia ACEVEDO	FARMACIA	ASIS	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/20	OLIVIA CERRON	aux adm	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Lina Arroyave	Aux Admin	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-6-20	Olivia de Caceres	Médico	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Glenn Arredondo	coordinador	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Hudely Priami	Aux Admini	Admini	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Kevin Rosary	MEDICO	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	Yago Fajal	MARCO	ASIST	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
08-06-20	Deisy Giraldo	coordinador	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Cesar Castillo	Medico	Cent	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Sebastian Basso	medico	Cent	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Glenn Flores	Aux Administrativa	ASIST	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08/06/20	MILGA A. QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Sebastian Reyes	medico	Cent	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08/06/20	Giovanni Zuluaga	Médico	Cent.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Cesar Castillo	Med	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8.6.20	Eludis Rojas	Med	Cent	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019033  
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)									
				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	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11-06-20	Ana Romero	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ANA
11-6-20	Sandra Melara	Aux. Administrativo	Admin	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
11-6-20	Constanza B	Aux. Adm	sigu	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CON
11-06-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
11-6-20	Cesar Camilo	M.D.	CEXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
11/06/20	MILENA QUINIGUA T.	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
11/06/20	Sebastian Rivero	medico	Cent	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
11-06-20	Deisy Carolina Hernandez	coordinadora	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
11-06-20	Guillermo	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Guillermo

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)									
				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	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10-06-20	Sebastian Rivero	medico	Cent	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
10-6-20	Cesar Camilo	M.D.	CEXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
10-6-20	Deisy Carolina Hernandez	coordinadora	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
10-6-20	Constanza B	Aux. Adm	sigu	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CON
10-6-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
10-6-20	Ana Caba	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
10/06/20	MILENA QUINIGUA T.	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
10-6-20	Sandra Melara	Aux. Administrativo	Admin	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
10-6-20	Sebastian Rivero	medico	Cent	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
10-6-20	Cesar Camilo	M.D.	CEXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
10/06-20	Christian Pulgar	M.D.	CEXT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Christian
10/6/20	Elidre Vargas	M.D.	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elidre

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910333  
**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)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
9-6-20	Cesar Canillo	CMO	Cépt.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Sebastian Rivera	medico	Cépt.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-6-20	Marcos B	Aux Adm	STOU	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Olisy Carolina Hernandez	coord.	Admón	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Daisy Vargas	auxiliar enfer	asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	MILENA QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Olga Romero	Aux. activo	Área Frío	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Lina Devon	Aux. admón	ASISTENCIAL	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Ana Rota	Aux. Adminis	Área Frío	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-6-20	Sandra Malaver	Aux. Adminis	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Sebastian Rivera	Medico	Cépt.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09/06/20	Giovanni Bohner	Medico	Cépt.	NO	NO	39.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-06-20	Cesar Canillo	CMO	Cépt.	NO	NO	36.3	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												
											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 virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
10/06/20	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley R
10/06/20	MELAY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa C
10/06/20	LEIDY JOHANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
10/06/20	GLORIA JACKOLINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/20	DIANA DAYANA SALCEDO BUDAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/20	JULIANA ANDREA SUAREZ EMANCA	Asesor de Enfermería	Asesor de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
11/06/20	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/20	MELAY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/20	LEIDY JOHANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/20	GLORIA JACKOLINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/20	DIANA DAYANA SALCEDO BUDAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/20	JULIANA ANDREA SUAREZ EMANCA	Asesor de Enfermería	Asesor de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/06/20	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
12/06/20	MELAY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
12/06/20	LEIDY JOHANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED									
12/06/20	GLORIA JACKOLINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
12/06/20	DIANA DAYANA SALCEDO BUDAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
12/06/20	JULIANA ANDREA SUAREZ EMANCA	Asesor de Enfermería	Asesor de Enfermería									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
5/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONDARDO BALLEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/06/2020	MELAYI MELISSA CARDENAS HERMANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
5/06/2020	LEYDI JOHANA BUETRAGO LANABARRA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
5/06/2020	GLORIA INCELIBE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria B
5/06/2020	EMMA GRAYANA SAUCEDO RUEDA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Emma
5/06/2020	OLIVIA ANDREA SUAREZ UMABACA	Auxiliar de Educacion	Auxiliar de Educacion	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Olivia
5/06/2020	LEYDI JOHANA BUETRAGO LANABARRA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
5/06/2020	OLIVIA ANDREA SUAREZ UMABACA	Auxiliar de Educacion	Auxiliar de Educacion	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
5/06/2020	GLORIA INCELIBE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria B
5/06/2020	LEYDI JOHANA BUETRAGO LANABARRA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
5/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONDARDO BALLEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/06/2020	MELAYI MELISSA CARDENAS HERMANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
5/06/2020	LEYDI JOHANA BUETRAGO LANABARRA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
5/06/2020	EMMA GRAYANA SAUCEDO RUEDA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Emma
5/06/2020	OLIVIA ANDREA SUAREZ UMABACA	Auxiliar de Educacion	Auxiliar de Educacion	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Olivia
5/06/2020	GLORIA INCELIBE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria B
5/06/2020	SHIRLEY ELIANA RONDARDO BALLEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/06/2020	MELAYI MELISSA CARDENAS HERMANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
5/06/2020	LEYDI JOHANA BUETRAGO LANABARRA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	Leidy
5/06/2020	EMMA GRAYANA SAUCEDO RUEDA	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Emma
5/06/2020	OLIVIA ANDREA SUAREZ UMABACA	Auxiliar de Educacion	Auxiliar de Educacion	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	Olivia
5/06/2020	GLORIA INCELIBE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria B

### 6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11-06-20	Sandra Patricia Tigrero	Swiss	Swiss	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
11-06-20	Ledy Sanz Ruiz	Auxiliar Farmacia	Ledy Sanz Ruiz	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy
11-06-20	Marcela Navarro Ruiz	Medico	consultas Externa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela
11-06-20	Juanne Blanco	Deficiente Farmacia	Consultas Externa	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Juanne
11-06-20	Dany Yaneth Garcia	Auxiliar Administrativo	Administración	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Dany
11-06-20	Caterin Castillo	Odontología	Oral Boutique	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Caterin



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 sistematología (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	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
10-06-20	MARCELA SOPHIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / [etc.]	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / [etc.]	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	DEIDY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.7	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	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematología (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	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
07-06-20	MARCELA SOPHIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-06-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / [etc.]	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / [etc.]	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-06-20	DEIDY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-06-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910302  
 Linea de Atención al Paciente: 018000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
08-06-20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTERILIZACION	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTERILIZACION	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	DEIDY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	SANDRA PATRICIA TELEJON	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)											Firma del funcionario	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
05-06-20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTERILIZACION	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO / ESTERILIZACION	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	DEIDY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-06-20	SANDRA PATRICIA TELEJON	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSINESS	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Calle Comercio Nacional, 0100001910302



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				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	Ondalugia	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
5-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11-6-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				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	Ondalugia	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
08-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-06-2020	Mery Camelo Suárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



Jersalud												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiñeja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
05/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
05/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
08/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
08/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	35°	No	No	No	No	No	No	No
09/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	35°	No	No	No	No	No	No	No
09/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
10/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
10/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
11/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
11/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No
12/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	35°	No	No	No	No	No	No	No
12/06/20	Diana Gontica	Enfermera	PUP	No	No	36°	No	No	No	No	No	No	No

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 antibióticos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiñeja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
05-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	CE	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
05-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
08-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
09-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
09-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
09-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
10-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
10-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
11-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
11-06-2020	Armando I. Domínguez	Médico	Consulta Ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

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





6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
F(GD)003										
Versión: 1										
abr-20										
1 DE 1										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
5/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
5/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	36.0	No	No	No	No
6/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No
8/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
9/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	36.0	No	No	No	No
9/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No
10/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No
10/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No
11/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
11/06/2020	Niyreth Castro	Aux Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
F(GD)003													
Versión: 2													
may-20													
1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcional	
				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			
5/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consulta Ex	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Guateque, Sede Guateque D.C.  
 Calle Central Nacional, 01800010303  
 TEL: 01800010303

**VIGILADO**



Jersalud											FIDAA003
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 1
											abr-20
											1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Fatiga y Adinamia
				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		
5/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	Yoly MR	
5/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	Yoly MR	
8/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	Yoly MR	
8/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	Yoly MR	
8/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	Yoly MR	
9/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	Yoly MR	
9/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	Yoly MR	
10/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	Yoly MR	
10/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	Yoly MR	
11/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	Yoly MR	
11/06/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	NO	NO						

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

Jersalud											FIDAA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
05-06-20 AM	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
05-06-20 PM	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
05-06-20 AM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Isabel
05-06-20 PM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Isabel
05-06-20 AM	MARIA PAULA CAMPOS BLITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
05-06-20 PM	MARIA PAULA CAMPOS BLITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
08-06-20	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
08-06-20	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Aux Margarita
08-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Isabel
08-06-20	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Isabel
08-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BLITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula
08-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BLITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Paula

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
 VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003	
												Versión: 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondezaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
09-06-20	Ma ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aliffluel
09-06-20	Pa ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aliffluel
09-06-20	Ma FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
09-06-20	Pa FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
09-06-20	Pa MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvianca
09-06-20	Pa MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvianca
10-06-20	Ma ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aliffluel
10-06-20	Pa ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aliffluel
10-06-20	Ma FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO (36.4)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
10-06-20	Pa FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
10-06-20	Ma MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvianca
10-06-20	Pa MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvianca

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003	
												Versión: 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondezaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11-06-20	Ma ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aliffluel
11-06-20	Pa ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aliffluel
11-06-20	Ma FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
11-06-20	Pa FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
11-06-20	Ma MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvianca
11-06-20	Pa MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yvianca
	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE										
	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE										
	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO										
	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO										
	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA										
	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA										

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



**6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta**

**6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos (o) Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonositas	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11-06-20	Johanna Orrego	Asistencial	Asistencia	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Johanna Orrego
12-06-20	Yelina Rivera	Aux Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Johanna Orrego
12-06-20	Rene Valencia	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Johanna Orrego
12-06-20	Luzmila Bruna	Aprendiz	Administración	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmila Bruna
12-06-20	Soledad Linares	Coordinación	Administración	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad Linares
12-06-20	Sandra Perdomo	Calidad	Administración	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Perdomo
12-06-20	Angeles Cuevas	Aux Calidad	Administración	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Angeles Cuevas
12-06-20	Paola Salgado	Jefe Enfermería	Administración	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Salgado
12-06-20	Diana Duarte	Gerente	Administración	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Duarte
12-06-20	Jessica Canton	Aux Administración	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Canton
12-06-20	Alisa Londoño	Analista SST	Administración	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Alisa Londoño
12-06-20	Maria Bonilla	Asistente TH	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Bonilla
12-06-20	Karen Melo	Coordinadora TH	Administración	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo
12-06-20	Kenneth Gallo	Aprendiz	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Kenneth Gallo

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos (o) Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonositas	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-06-20	Sandra Varela	Aux Administración	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Varela
11-06-20	Yuli Bellon	Aux Administración	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli Bellon
11-06-20	Camile Sabogal	Médico GEN de Asistencia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Camile Sabogal
11-06-20	IVAN Puentes	Médico General	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	IVAN Puentes
11-06-20	Blass Barreto	M. Pediatría	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Blass Barreto
11-06-20	Comila Gomez	Odontología	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Comila Gomez
11-06-20	Ruth Barquera	Jefe Enfermería	Asistencia	NO	SI	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Barquera
12-06-20	Katherine Chigot	Aux Laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chigot
12-06-20	Diego Escobar	Aux Administración	Administración	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Escobar
12-06-20	Melby Romero	Aux Laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Melby Romero
12-06-20	Carmita Gomez	Odontología	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carmita Gomez
12-06-20	Sandra Varela	Aux Administración	Administración	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Varela
12-06-20	Yuli Bellon	Aux Administración	Administración	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli Bellon
12-06-20	Naira Navarro	Aux Enfermería	Asistencia	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	Naira Navarro
12-06-20	Arwin Gomez	M. General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Arwin Gomez
12-06-20	Juli Rojas	M. General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Juli Rojas
12-06-20	Guano Alonzo	Médico Gen	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Guano Alonzo
12-06-20	Luzmila Bruna	M. General	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmila Bruna
12-06-20	Cesar Gomez	M. familiar	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Gomez
12-06-20	Angelica Llanos	M. General	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Angelica Llanos
12-06-20	Luz Nelly	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Nelly
12-06-20	Marcela Morales	Aux odontología	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
12-06-20	Jose Adelmo	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Adelmo

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 08009070333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	Señal observada: fiebre, tos, dificultad respiratoria o estornudos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro trabajo?	Firma del funcionario
11-06-20	Mareela Novala	Aux Odontolog	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Mareela Novala
11-06-20	Flore Castro	odontolog	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Castro
11-06-20	Patricia	Ambiente	Ambiente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
11-06-20	Blanca Li	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca Li
11-06-20	Adriana Rey	Trabajadora Soc	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
11-06-20	Paola Galindo	Jefe Enferme	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo
11-06-20	Stacia Teller	Aux Enfermera	Administra	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Stacia Teller
11-06-20	Dina Villalobos	Aux Enfermera	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Villalobos
11-06-20	Katherine Chiquet	Aux Enfermera	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chiquet
11-06-20	Romina Valencia	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Romina Valencia
11-06-20	Laura Chacón	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Chacón
11-06-20	Alexandra Torres	Aux Laborator	Asistencia	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Torres
11-06-20	Mely Romero	Aux Laborator	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Mely Romero
11-06-20	Luisa Omarra	Aspirante	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa Omarra
11-06-20	Solead Linares	Coordinadora	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Solead Linares
11-06-20	Sandra Peraza	Calidad	Administrativa	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Peraza
11-06-20	Ange Carrero	Aux Calidad	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Ange Carrero
11-06-20	Violet Navarro	Analista fact	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Violet Navarro
11-06-20	Alicia Jordano	Analista sist	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Alicia Jordano
11-06-20	Maria Bonilla	Asistent fin	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Bonilla
11-06-20	Taren Melo	Coordinadora fin	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Taren Melo
11-06-20	Sebastian Falla	Aux factora	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falla
11-06-20	Karenth Oyola	Aspirante	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Karenth Oyola

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Dependencia	Señal observada: fiebre, tos, dificultad respiratoria o estornudos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro trabajo?	Firma del funcionario
30-06-20	Diego Bocanegra	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Bocanegra
30-06-20	Maria Nduvardo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Nduvardo
30-06-20	Adriana Rey	Trabajadora Soc	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
30-06-20	Dina Luz Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Luz Villalobos
30-06-20	Stacia Teller	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Stacia Teller
30-06-20	Paola Galindo	Jefe Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo
30-06-20	Sandra Diaz	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Diaz
30-06-20	Solead Linares	Coord. Asistencia	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Solead Linares
30-06-20	Ange Carrero	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ange Carrero
30-06-20	Diana Duarte	Gerente.	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Duarte
30-06-20	Johanna Urego	Ambiente físico	Asistencia	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	Johanna Urego
30-06-20	Windy Gastan	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Gastan
30-06-20	Juan Camilo Runk	Medico General	Asistencia	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Camilo Runk
30-06-20	Yamile Sobogal	Medico General	Asistencia	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yamile Sobogal
30-06-20	Flore Alba Castro	Odentologa	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Alba Castro
10-06-20	Luz Daig	Ambiente	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Daig
11-06-20	Windy	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Windy
11-06-20	Joly Rojas	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Joly Rojas
11-06-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Darwin Gomez
11-06-20	Angelica Foranay	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Angelica Foranay
11-06-20	Paola Tejada	Aux. Admon.	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Tejada
11-06-20	Ara Milena	Aux. Admon.	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Ara Milena
11-06-20	Luz Nelly	Higiene	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Nelly

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303



Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FORMA 003 Versión: 2 May-20 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Está vacunado contra la gripe A/H3N2 o neumococo?	¿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 área crítica?	Firma del funcionario	
30-06-20	Goly Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
30-06-20	Sovana Cordoba	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Angelica Larroza	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Marcela Morales	Aux. Odontologica	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Patricia Camargo	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Jose Adolfo Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Arlines Rivera	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Sandra Perceles	Jefe Calidad	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Maria Jose Bonilla	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Sebastian Falla	Aux. facturación	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Jessica Carbon	Asistente Admon	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Karen Melo	Coord. Admon	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Keneth Orjuela	Aprendiz SENA	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Luisa Umara	Aprendiz SENA	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Victor Navarro	Analista facturación	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Maria Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Guly Beltran	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Carla Patricia Montes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Maria Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FORMA 003 Versión: 2 May-20 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Está vacunado contra la gripe A/H3N2 o neumococo?	¿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 área crítica?	Firma del funcionario	
09-06-20	Nana Jozan	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Aura Jandono	Analista SIA	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Sebastian Falla	Aux. factora	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Jessica Carbon	Asistente Admon	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Karen Melo	Coord. Admon	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Victor Navarro	Analista facturación	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Keneth Orjuela	Aprendiz SENA	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Guly Beltran	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Ivan Camilo Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
09-06-20	Yamile Saboga	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
09-06-20	Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
09-06-20	Blass Barreto	Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
09-06-20	Luz Dary Ramirez	Ambiente psico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Merly Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Katherine Chingale	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Alexandra Parra	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Bonnie Valencia	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Paola Tolibola	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Aura Milena Roa	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Blanca Li. Conzalez	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-06-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencial	SI	NO	36.3	SI	NO	NO	NO	SI	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Control Nacional: 08009070303  
VIGILADO



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

FORMA 003  
Versión 2  
may-20  
1.06.1

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Trabajo	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus dengue	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
09-06-20	Wuendy Gaitan	Aux Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Diego Bocanegra	Aux Administ	Administ	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Paola Urbila	Aux Administ	Administ	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Auxer Milena Ba	Aux Administ	Administ	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Blanca L.	Aux Enfermería	Administ	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Darwin Gonzalez	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Juli Rojas	Medico Gen	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
09-06-20	Joviana Vidales	M. General	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Angelica Zamora	M. General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
09-06-20	Narcela Novales	Aux odontólogo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Nelly	Higienista	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Patricia Carrasco	Ambiente	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Jose Adalberto	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Jenni Gutierrez	Aux Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Jalines Rivera	Aux Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Ruth Baquero	dele Enferm	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Eda Galindo	dele Enferm	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Dina Ulla Blas	Aux Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Soledad Linares	log. nod. adm	Administ	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Liliana Chacon	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Romero	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Sandra Fariña	Calidad	Administ	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Ange Carreno	Aux Calidad	Administ	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

FORMA 003  
Versión 2  
may-20  
1.06.1

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Trabajo	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus dengue	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
08-06-20	Jessica Gaitan	Asistente Admon	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Victor Navarro	Analista facturación	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Sebastian Falla	Aux. facturación	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Soledad Linares	Coord. Asistencial	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Gely Beltrán	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Maria Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Ruth Mary Baquero	Jeft. Enfermería	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Windy Gaitan	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Adriana Ry Palma	Trabajadora social	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Sandra Marcha Diaz	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Marta Lucia Soder	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Dina Luz Urbila	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Paola Galindo	Jeft. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Cirecia Tellez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Sandra Penalosa	Jeft. Calidad	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Ange Carreno	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Diego Bocanegra	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Diany Duarte	Gerente	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-06-20	Aura Cristina Lombardi	Analista SST	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Milly Romeio	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Katherine Shimpke	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-06-20	Alexandra Perez	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Controladora Nacional: 0180001910333  
VIGILADO







**6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003 Versión: 1 06/20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Marcar con una X los variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
8/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	CUNDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	DEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	JAVIER HERRERA	ESTANTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	SÓNIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003 Versión: 1 06/20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar serología (Marcar con una X los variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
8/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	CUNDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	DEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	JAVIER HERRERA	ESTANTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	SÓNIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Linea de Atención al Usuario: 01800010302  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar serosología (marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Filtro igual o mayor a 36°C	TDS	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11/6/2020	ESPERANZA GILBERGEO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	DUNDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	ANOREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	SONIA BORDOLUJAZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	EUBALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar serosología (marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Filtro igual o mayor a 36°C	TDS	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11/6/2020	ESPERANZA GILBERGEO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	DUNDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	ANOREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	SONIA BORDOLUJAZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/6/2020	EUBALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrino	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21/5/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/6/2020	DYNDI NURELLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/5/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	EDUCACIÓN EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/5/2020	DIAGO BARRA	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
25/5/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/6/2020	ALEXANDRA CARDINAL	HEGENTISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/6/2020	GRECY JAMDA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/5/2020	JAVIER HERRERA	ROBENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/6/2020	SONIA BERNHEQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrino	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
8/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/06/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
8/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
8/06/2020	Haidy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
8/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000190303  
 VIGILADO



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GAA)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
9/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
9/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
9/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
9/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
9/06/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
9/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GAA)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
10/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
10/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
10/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
10/06/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
10/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GAA)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
11/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Signature]</i>
11/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
11/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
11/06/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>
11/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Signature]</i>

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







FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMAS Versión 2 may-20 LDE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Verificar fisiología (Marcar con una X las variables que aplique):									Firma del funcionario
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra ciudad?		
18-05-20	Sandra Patino	Enferm	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
19-05-20	Sandra Patino	Enferm	P4P	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
20-05-20	Sandra Patino	Enferm	P4P	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
21-05-20	Sandra Patino	Enferm	P4P	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
22-05-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
23-05-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
26-05-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
27-05-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
28-05-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
29-05-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
01-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
02-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
03-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
04-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
05-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
08-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
09-06-20	Sandra Patino	Enf	P4P	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	

**6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMAS Versión 2 may-20 LDE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Verificar fisiología (Marcar con una X las variables que aplique):									Firma del funcionario
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra ciudad?		
2020-05-18	LUCY MARINA TOROBA	AMBULANTE	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	LUCY	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ALTA FARMACIA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	ANA	
2020-05-18	ROSALBA ROSA MESA	MEDICO	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	ROSALBA	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	LUZ MARINA TOROBA	AMBULANTE	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	LUCY	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ALTA FARMACIA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	ANA	
2020-05-18	ROSALBA ROSA MESA	MEDICO	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	ROSALBA	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	LUZ MARINA TOROBA	AMBULANTE	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	LUCY	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ALTA FARMACIA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	ANA	
2020-05-18	ROSALBA ROSA MESA	MEDICO	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	ROSALBA	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	LUZ MARINA TOROBA	AMBULANTE	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	LUCY	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ALTA FARMACIA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	ANA	
2020-05-18	ROSALBA ROSA MESA	MEDICO	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	ROSALBA	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	LUZ MARINA TOROBA	AMBULANTE	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	LUCY	
2020-05-18	ROSELY H. DE LA VEGA	ENFERMERA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	ROSELY	
2020-05-18	ANA MARGARITA CAMERANO	ALTA FARMACIA	CONSULTA ESPECIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	ANA	

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







Salida

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

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén.	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus.	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia			
10-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		Cesar
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
10-06-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO		
	Soleidy Paula Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
10-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-06-20	Sandra	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-06-20	Ysella	cur. odontol	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-06-20	ivan hernandez	Med. familiar	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Ingreso

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

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén.	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus.	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia			
11-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paula Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
11-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Paulina Torres	Auxiliar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Doly Castellano	Neumólogo	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Sandra	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Tuon Dario Herro	Med. familiar	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-06-20	Motises Humbel	Ginecología	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta enfermedad medicamentosa antiinflamatoria o esteroide		Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una empresa?	Firma del Funcionario	
12-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
12-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	
12-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	
12-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	ANITA Torres	As. salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
12-06-20	Sandra	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	

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

REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID -19 JERSALUD S.A.S PLATAFORMA ALISSTA												
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:19:04	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO	
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:19:18	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO	
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:20:17	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:21:18	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO	
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:11:35	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:14:07	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO	
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:15:15	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:15:56	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 01:28:13	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:34:06	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO	
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:40:41	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO	
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:42:47	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO	



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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:10:11	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:10:47	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:11:02	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:16:10	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:37:51	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:44:27	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:01:57	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:02:51	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:30:39	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:31:57	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:28:21	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:30:25	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:56:42	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:57:41	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:59:25	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 12:04:44	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:41:06	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:43:30	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:43:51	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 15:17:34	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:03:00	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:03:18	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 12:31:36	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 12:43:30	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:11:01	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:19:37	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:29:04	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:29:38	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:22:38	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:44:30	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:46:17	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:48:04	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:09:37	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:12:56	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:15:26	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:17:45	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:31:16	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:36:06	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:36:49	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:38:26	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 07:17:37	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:11:38	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:24:32	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:28:41	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:51:31	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:55:15	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 08:58:09	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 16:38:00	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 14:49:27	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 14:58:06	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 14:58:48	CC	1010182835	PUENTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 15:00:37	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 06:56:26	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:08:21	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:08:45	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 16:11:06	CC	40048087	GARRIDO	SEPULVEDA	DIANA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:50:55	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 09:52:12	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:02:26	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 17:41:10	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 16:11:11	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 16:11:32	CC	84455111	PENARANDA	CABALLERO	HAROLD	GUILLERMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 16:16:58	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 16:20:22	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:59:56	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 14:25:46	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:21:55	CC	1118570378	CEDEL	PATIRIO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:22:35	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACUPI EPS	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:30:28	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 10:31:15	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACUPI EPS	JERSALUD SAS	05/06/2020 20:36:37	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/06/2020 20:37:27	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/06/2020 17:03:36	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	05/06/2020 17:06:09	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 17:27:24	CC	91244699	GUTIERREZ	PINZON	OSWALDO	ALFONSO	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 09:28:12	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:24:16	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:24:18	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:24:45	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:26:38	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:44:11	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:48:15	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 13:48:18	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:40:22	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 18:12:49	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 18:17:09	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 18:27:15	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 18:47:35	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/06/2020 17:43:45	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 17:46:47	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 18:02:16	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:29:24	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 11:43:29	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:50:37	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:53:48	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:55:31	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:22:14	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:26:23	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:27:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:30:37	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:38:06	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:42:16	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:43:25	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:45:00	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 21:16:16	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 11:49:00	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 11:54:06	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](http://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 Junio**



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 11:55:49	CC	35263051	CORDOBA	DUSSAN	JOVANNA	LIZET	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:35:59	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:41:35	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 07:42:21	CC	33376410	NEIRA	MERCHAN	SARA	LILIANA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/06/2020 23:37:55	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 21:21:45	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 21:24:10	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	05/06/2020 22:09:36	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 15:55:28	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/06/2020 18:48:10	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 13:39:33	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 14:25:27	CC	40218844	BELTRAN	MONTE	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	06/06/2020 14:29:59	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 11:56:56	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 11:57:23	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:01:46	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:14:39	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	05/06/2020 15:35:43	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	05/06/2020 15:36:39	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:03:36	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 19:09:11	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 10:27:25	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 10:37:06	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/06/2020 16:07:44	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/06/2020 16:33:01	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 12:45:42	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/06/2020 13:12:43	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 13:26:30	CC	53067258	VELASQUEZ	CALDERON	NELSY	PATRICIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	07/06/2020 19:00:22	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:31:28	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/06/2020 08:34:25	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:23:01	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:23:33	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:44:28	CC	80258638	JIMENEZ	PINEDA	JOSE	LUIS	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:49:18	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	07/06/2020 13:45:17	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	07/06/2020 13:57:39	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 12:13:26	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	05/06/2020 12:20:04	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 06:33:34	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:16:14	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/06/2020 12:53:27	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 21:50:16	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 22:58:27	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 06:27:08	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/06/2020 19:34:12	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 10:58:39	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	07/06/2020 15:07:14	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:10:17	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 08:00:55	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	07/06/2020 10:12:33	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/06/2020 10:41:01	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:46:39	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/06/2020 17:52:40	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:22:35	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:24:16	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:24:41	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 09:23:49	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 09:25:43	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:54:25	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:56:00	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/06/2020 16:47:16	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	06/06/2020 17:48:55	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/06/2020 18:08:14	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:02:20	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/06/2020 20:01:00	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:09:52	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:12:17	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:15:18	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:24:20	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:34:30	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:43:37	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



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



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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:45:19	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:03:19	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:05:37	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:05:37	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:06:39	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:12:20	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:14:12	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:17:31	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:08:18	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:19:46	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:20:49	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:55:22	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 11:00:12	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/06/2020 14:32:05	CC	40340723	VARELA	PARRADO	SANDRA	MILENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/06/2020 21:56:31	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:55:42	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 14:53:43	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:10:07	CC	1121891060	PIZARRO	RIVAS	LEIDY	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:10:35	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:11:23	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:16:12	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:56:18	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:56:27	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:21:02	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:33:24	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:39:14	TI	1006876280	UMAÑA	PARRADO	LUISA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 08:45:33	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:36:55	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:39:24	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/06/2020 09:37:22	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	07/06/2020 11:33:12	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 07:34:22	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:32:23	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	08/06/2020 06:36:32	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:57:28	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 16:10:32	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 16:10:54	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:49:37	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 10:52:07	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:29:11	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:29:25	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 11:18:24	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 11:26:22	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 11:45:35	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/06/2020 21:45:08	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:20:11	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:22:59	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:32:33	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:33:02	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:37:53	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:43:14	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOPIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:44:39	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:45:08	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/06/2020 16:20:56	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:44:34	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:00:34	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:05:58	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:15:23	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 16:48:33	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 17:03:55	CC	1049625040	RODRIGUEZ	BOYACA	MARIA	CECILIA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 17:15:56	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	07/06/2020 20:38:15	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	07/06/2020 21:20:38	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 14:38:13	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 14:46:11	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 09:08:02	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 19:25:49	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 19:59:55	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 20:07:12	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:53:07	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:55:19	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTAS EPS-S	JERSALUD SAS	09/06/2020 06:32:46	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910302

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 06:36:26	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 16:13:44	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 16:17:59	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:17:32	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:19:44	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 17:18:27	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 17:51:08	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:10:10	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:12:12	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:40:27	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:41:29	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:45:35	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 06:54:37	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 00:00:16	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:26:04	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:27:19	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:27:29	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:46:22	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:51:03	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:46:04	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:47:41	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 17:16:39	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:26:44	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGHEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:30:27	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:31:49	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:01:00	CC	84455111	PENARANDA	CABALLERO	HAROLD	GUILLERMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 15:27:07	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:06:25	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:07:21	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 12:05:09	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 04:00:37	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 05:05:59	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:51:05	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:22:38	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:24:59	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:26:00	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**

COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:26:17	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:17:46	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:21:32	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:23:24	CC	1118570378	CEDEL	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:25:08	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:24:19	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 18:24:34	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:41:05	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 11:16:43	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:49:25	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:50:30	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:51:22	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 11:49:36	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:24:42	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:26:53	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:29:31	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:31:40	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:28:23	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:30:19	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:30:33	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 16:07:00	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 07:52:40	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:22:45	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOPIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:37:08	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:37:43	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	08/06/2020 21:26:58	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:33:34	CC	1121888001	HERNANDEZ		CRISTHIAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:37:00	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:39:47	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	08/06/2020 11:15:45	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:58:49	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:01:53	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:02:27	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:09:14	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:10:18	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:15:38	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO



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



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:16:15	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 13:52:16	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 13:52:51	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 13:58:57	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:11:31	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:41:37	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:42:32	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:42:56	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:46:01	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 11:19:33	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 11:27:47	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 11:33:34	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 11:40:38	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:18:56	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:19:45	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:20:29	CC	1121926326	TULIBILA	CARRASCAL	DEISY	PAOLA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:21:02	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:21:25	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:24:43	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:25:48	TI	1006823768	ORJUELA	GALLO	KENETH	YULLIANT	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:26:13	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 10:05:21	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 10:09:57	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 10:17:23	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 19:25:36	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:48:23	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:50:19	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:57:34	CC	35263051	CORDOBA	DUSSAN	JOVANNA	LIZET	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:02:10	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:54:14	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:18:19	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:29:54	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:33:42	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 16:10:20	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 16:10:38	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 16:26:15	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:16:41	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:20:24	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:28:29	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 15:31:14	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:25:30	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:33:54	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:55:00	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:57:00	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 18:16:29	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 16:44:47	CC	23284976	MOZO	RIVERA	SANDRA	SOFIA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:03:44	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:04:38	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:12:03	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:26:57	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:28:34	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 14:29:29	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 06:55:34	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:33:56	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:37:32	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 17:42:27	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:31:16	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 13:21:59	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 13:27:46	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 13:36:36	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/06/2020 06:41:46	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:39:28	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	08/06/2020 13:58:54	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 08:37:21	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:05:56	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:29:58	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:30:41	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:31:15	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:32:14	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:17:35	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:19:52	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:21:15	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:40:59	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 09:06:36	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:14:32	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:17:26	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:20:04	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:34:30	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:36:06	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:36:24	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:37:38	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 20:07:46	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 20:07:46	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:06:59	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:53:39	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:07:28	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:07:47	CC	1049615437	ARAQUE	SOSA	JULIETH	ELIANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:09:25	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:03:09	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:44:26	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:47:49	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:51:26	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:31:08	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:36:03	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:40:51	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:40:54	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:44:23	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:43:53	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:45:46	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:31:59	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:34:04	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:06:51	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	09/06/2020 12:19:16	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:26:09	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:04:50	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:37:40	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:38:30	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:40:00	CC	40404908	RAMIREZ	HERNANDEZ	BIANEY		META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190338

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:41:39	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:32:40	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:37:55	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:38:12	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:43:33	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:42:20	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:49:54	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:55:04	TI	1006823768	ORJUELA	GALLO	KENETH	YULLIANT	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:56:38	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:58:01	CC	1118550591	SOLANO	AYALA	KAREN	LIZETH	CASANARE	YOPAL	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:59:09	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:52:29	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:59:34	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:06:23	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:23:33	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:27:36	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:28:03	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELUDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:39:23	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 14:29:15	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 14:46:25	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 14:47:28	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:03:24	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:11:33	TI	1006876280	UMAÑA	PARRADO	LUISA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 16:15:38	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 16:33:09	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	09/06/2020 22:15:20	CC	1193142908	GUERRA	LOPEZ	JENNIFER	DAYANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 15:14:30	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 15:20:48	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	10/06/2020 15:29:06	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:14:00	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:15:54	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:22:12	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:24:00	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:31:56	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:33:41	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 16:47:02	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 17:05:11	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:06:17	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:09:51	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:09:57	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 18:05:47	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:00:23	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:06:28	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 21:34:02	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 22:15:54	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:55:49	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:56:34	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 08:57:12	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:07:02	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 09:24:43	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:26:24	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:26:50	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:27:22	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:17:51	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:19:23	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:21:00	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:21:10	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 18:29:19	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 18:48:57	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 19:12:20	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:26:10	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:02:17	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:05:29	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 10:23:55	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 10:24:31	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	10/06/2020 12:57:15	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 06:06:00	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/06/2020 06:18:09	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:11:48	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:37:37	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 13:38:31	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:57:41	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

[www.jersalud.com](http://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 Junio**



SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:01:30	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 17:44:22	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:06:12	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:37:40	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:39:09	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:23:32	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/06/2020 10:24:58	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:40:40	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 16:07:21	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:51:30	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:56:10	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:00:24	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:03:48	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:20:14	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:22:26	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:23:54	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:27:14	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:39:53	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:41:27	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:47:14	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:49:33	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:29:15	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:29:19	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:32:27	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:43:00	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:45:12	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:48:20	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 10:30:07	CC	1118570378	CEDIEL	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	09/06/2020 19:09:18	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 07:54:20	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/06/2020 11:22:55	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:00:09	CC	1052399313	BETANCUR	BECCERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:28:23	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:29:09	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:30:06	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 12:40:55	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

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

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



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



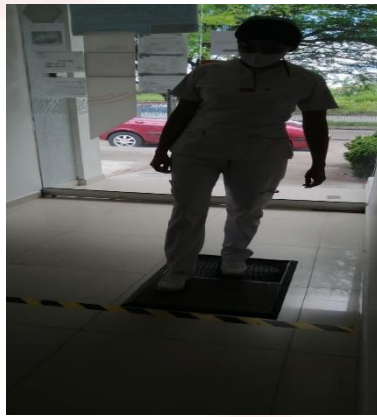
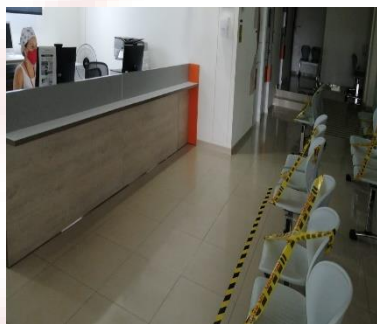
F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Junio**

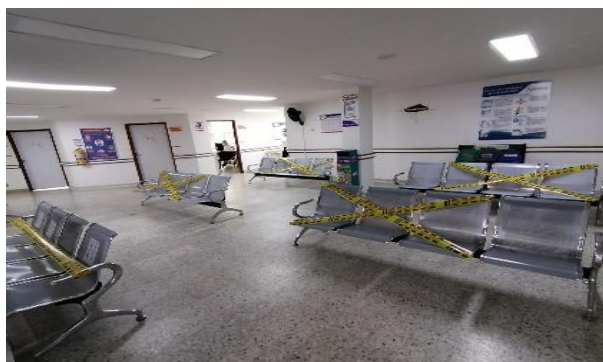
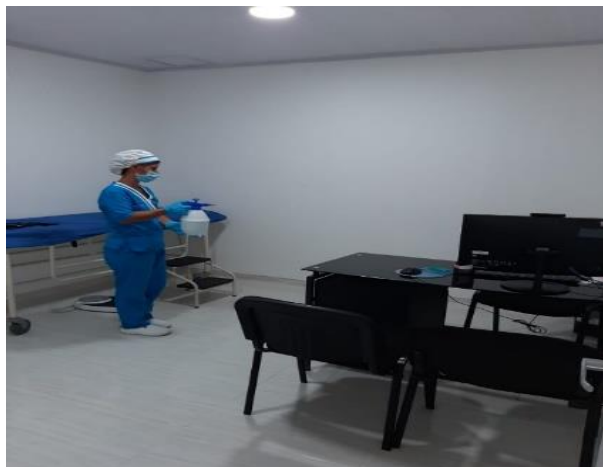
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:12:52	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:13:04	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:16:33	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:16:40	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:44:03	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:44:38	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:48:12	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:00:07	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:13:11	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:16:38	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:20:48	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:21:44	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 06:50:47	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:43:20	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:46:16	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACUPI EPS	JERSALUD SAS	11/06/2020 18:04:25	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:26:10	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:28:11	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:30:45	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:41:27	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:51:21	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:51:27	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:54:20	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 12:02:07	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	11/06/2020 12:54:27	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:01:43	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:02:57	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:01:58	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/06/2020 21:21:34	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 08:34:24	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 15:23:19	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/06/2020 07:13:37	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:33:33	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 09:35:33	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACUPI EPS	JERSALUD SAS	11/06/2020 17:37:56	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:53:23	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:05:55	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 14:07:01	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:22:41	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:32:36	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 13:36:04	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 17:39:49	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 17:41:32	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 17:44:03	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:16:57	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:19:02	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/06/2020 11:23:34	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/06/2020 16:12:29	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/06/2020 16:18:04	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 16:52:55	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/06/2020 17:05:29	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO

## 6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de bioseguridad





[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



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

### 6.1 Inventario EPP

#### 6.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 11 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS DUITAMA	93	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	170	TALLA M 300 TALLA S 500	60	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	100	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	100	TALLA M - 500	40	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	200	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	300	TALLA M - 400	120	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	240	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	240	TALLA M 800	60	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	50	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA S - 100	60	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	190	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 130	40	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	170	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 150	40	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	150	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA S - 120	60	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	1200	72	0	120	TALLA S = 700 - TALLA M=600	400	100	45

#### 6.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO	9650	13	5	145	190 TALLA M – 189 TALLA S	70	200	18
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	10	10	3	30	35 TALLA M	20	50	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	30	10	3	40	40 TALLA M	35	50	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	60	14	7	48	87 TALLA M	50	60	3
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	53	13	5	45	86 TALLA M	50	60	3



### 6.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	205	16	2	158	23	62	39	5

## 7.2 Proyección adquisición EPP

### 7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

 <b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE CONSUMO</b>	VERSIÓN	3
	VIGENCIA	ene-19
	CÓDIGO	
	PÁGINAS	1 DE 1

SUCURSAL: TUNJA FECHA: 8/06/2020

<b>UNIDAD</b>	ALMACEN
<b>CENTRO DE COSTO</b>	ADMINISTRATIVOS TUNJA
<b>UBICACIÓN</b>	ALMACEN

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
BOYACA	GUANTES TALLAS	UNIDAD	300
BOYACA	KIT PARA CITOLOGIA	UNIDAD	90
BOYACA	ALCOHOL - GALON	UNIDAD	4
BOYACA	CONOS PARA OTOSCOPIO	UNIDAD	442
BOYACA	ASEPSIDINA (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	18
BOYACA	ASEPSIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	18
BOYACA	APLICADORES EN MADERA	UNIDAD	300
BOYACA	TAPABOCAS N95	UNIDAD	5
BOYACA	CONOS DE OTOSCOPIO	UNIDAD	374
BOYACA	SABANAS PARA CAMILLA	UNIDAD	110
BOYACA	GUANTES LATEX TALLAS	UNIDAD	1000
BOYACA	GUANTES LATEX TALLA M	UNIDAD	2200
BOYACA	LIDOCAINA EN JALEA AL 2%	UNIDAD	7
BOYACA	LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	UNIDAD	12
BOYACA	ENZIGER GALON	UNIDAD	2
BOYACA	MICROPORE DE 2 PULGADAS - COLOR PIEL	UNIDAD	2
BOYACA	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	UNIDAD	13
BOYACA	JERINGA POR 5CM	UNIDAD	300
BOYACA	ISOPARIN ANTISEPTICO	UNIDAD	900
BOYACA	GUARDIAN 2,9 LT	UNIDAD	5
BOYACA	BATAS MANGA LARGA	UNIDAD	690
BOYACA	CINTA ALTURA UTERINA	UNIDAD	2
BOYACA	TAPABOCAS CONVENCIONAL	UNIDAD	2500



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
--	--

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

UNIDAD		SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA	
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
6	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
11	COMPRESAS	BOLSA	2
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
16	EQUIPO MACROGOTEO	UNIDAD	10
21	FIXIMURT	NA	2
23	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	40
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	5
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	6
39	JERINGAS X 60 CC -CAJA X 20 UNIDADES	CAJA	6
40	JERINGAS X 5CC	CAJA	1
49	TAPA BOCAS	CAJA	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA	15
52	TORUNDAS	PQUETE	1
54	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	20
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	10
66	JABON ANTIBACTERIAL	500 ml	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
70	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
81	SONDA NELATON # 8		200
82	SONDA NELATON # 10		150
83	BURETROL		10
85	BAJALENGUAS PLASTICO	AQUETE X 20 UNIDADES	7
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADUL	TALLA M	15
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M		20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M		20
90	TAPABOCAS N95		20
91	BISOR		4
92	MONOGAFAS		4
93	BROMURO DE IPRATROPIO	SOLUCION PARA INHALACION	3
94	ISOPOS DE MADERA	PAQUETE X20 UN	10

FIRMAS	
SOLICITADO POR	
FIRMA	
NOMBRE	<i>Francisco Pizarro</i>
CARGO	<i>Asistencia de farmacia, Atención domiciliar</i>
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	<i>Franco</i>
CARGO	<i>Asistente Admin</i>
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
--	--

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

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

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

FIRMAS	
FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD
CARGO	Enfermera Especialista en Admon. en Salud T.P 50-0190/97 Y S.M.O.S. CARRERAS
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	JESSICA CARBON
CARGO	Asistente Admin.
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010001910302  
**VIGILADO**







## 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 <asistentejersalud@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 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**



## 10. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

### 10.1 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](mailto:piEDAD.angarita@boyaca.gov.co) <[piEDAD.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piEDAD.angarita@boyaca.gov.co)>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <[GerenciaBoyaca@jersalud.com](mailto:GerenciaBoyaca@jersalud.com)>; Coordinacion Sogamoso <[Coord.Sogamoso@jersalud.com](mailto:Coord.Sogamoso@jersalud.com)>; [prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com) <[prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com)>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**



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

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario o quiere no desea recibir este mensaje, tendrá prohibido usarlo o comunicarlo a persona alguna, así como su reproducción o copiarlo. Si recibir este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y destruirlo de su sistema.

### 10.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

#### SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord Calidad - Sandra Peñalosa  
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <[habilitacionreps@meta.gov.co](mailto:habilitacionreps@meta.gov.co)>

CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



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 remitso.

Adjunto documentos.

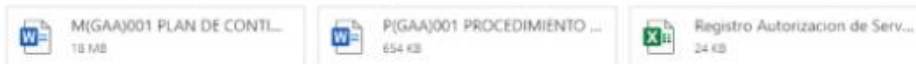
Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñalosa Mora*

**Enfermera Profesional Calidad  
IPS Jersalud SAS Meta**

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)





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. Flujogramas.

Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

### 10.3 Evidencia envió 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:** regsubsidiado yopal casanare <regsubsidiado@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>** ↩ ↶ ↷ ⋮






Jue 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

## 11. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 8.1 Evidencia publicación informe Bioseguridad en página Web

**Informe Bioseguridad**

-  [Informe General Bioseguridad 1](#)
-  [Informe General Bioseguridad 2](#)
-  [Informe General Bioseguridad 3](#)
-  [Informe General Bioseguridad 4](#)
-  [Informe General Bioseguridad 5](#)



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

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

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

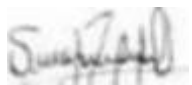
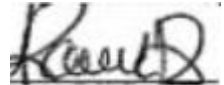

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

## Aprobación

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



Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	