

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 2 DE SEPTIEMBRE

**Del 07 al 11 de
Septiembre 2020**

1. REUNION COPASST SEMANA 2 SEPTIEMBRE DEL 07 DE AL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 023 de Septiembre 2020 Semana 2

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

ACTA N° 022 DE 2020					
REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	10	09	2020	09:05 A.M.	09:25A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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



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

Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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

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

Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUORUM Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera.

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #021 de Agosto de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

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



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

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

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

SI



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

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



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

3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X	Bases de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Bases de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 2 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 2 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Bases de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 2 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 2 Septiembre 2020 Numeral 7 (7.1,7.2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 2 Septiembre 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copasst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 023 Numeral 4.4



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

9	Link de Publicación del informe	X	Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 1 de Septiembre en página web http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20SEPTIEMBRE.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 2 Septiembre 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL				1000	100%	

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


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

4.5 Se realiza retroalimentación por parte de Asesor ARL Positiva en la cual se indica que se debe realizar investigación de Enfermedades laborales y accidentes laborales reportados por COVID-19 en el formato interno que tenga la organización, para los casos de accidentes laborales mortales o accidentes de trabajo graves se debe realizar reporte a la ARL con la respectiva investigación y seguimiento del caso.

Se indica por parte de la asesora que para los casos de COVID-19 presuntos sospechosos no se realiza investigación, de igual manera para los casos en que se haya reportado accidente laboral por sospecha de COVID-19 y no haya sido confirmado tampoco se realiza investigación.

4.6 Por parte de asesor ARL se solicita que se realice envío del consolidado de los casos Positivos que hayan sido reportados por accidente laboral o enfermedad laboral con el fin de enviar la determinación de origen y la calificación dada por la ARL a cada una de estas.



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


5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Reporte al uso de incumplimiento al Uso de EPP'S por parte de los colaboradores	Miembros COPASST	Continuo	Jersalud Nacional	Actas de compromiso y procesos disciplinarios	
Realizar reporte de casos confirmados a ARL	Jefe administrativo y de talento humano Regional Meta	18/09/2020	Jersalud Villavicencio	Correo de envío a Asesor ARL	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		

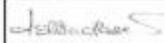




1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Septiembre Semana 1
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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








SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 023 de 2020			
FECHA: 10/09/2020	HORA DE INICIO: 09:03 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:46a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:
	Karen Emilia Melo		

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

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



		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 023 de 2020					
FECHA: 10/09/2020		HORA DE INICIO: 09:03 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:46a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR EL APLICATIVO
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					


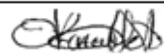
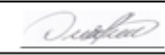
Página 1



1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL				
TIPO DE REUNIÓN: Comité				
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 023 de 2020				
FECHA: 10/09/2020		HORA DE INICIO: 09:03 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:46a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional				
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:	
	Karen Emilia Melo			
REGISTRO				
N° No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1 52331638	Diana Vivian Daza	Ejecutivo integral de servicio	ARL Positiva	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

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



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST

ACTA 022 EXTRAORDINARIA COPASST SEPTIEMBRE 2020.pdf

Olga Soledad Linares
 Sonia Yaneth Ruiz García
 Ruth Mary Baquero
 Aura Cristina Londoño
 Jenny Gabriela Gutiérrez
 Ysella González Cuevas

Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUÓRUM Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera.

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR
 La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #021 de Agosto de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

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

FORMATO DE ACTA DE REUNION

F(GD)003
 Versión: 1
 Oct - 2018

Zoom Meeting

50:43

Analista SST - Aura Londoño
 Elyana Araque
 Karen Melo

Actualmente en esta... (3) Silenciar a todos

- Analista SST - Gabriela Gutie... Organizador
- Analista SST - Aura Londoño
- Asistente TH Yopal
- Diana Vivian Daza Mosquera Externo a su organización
- Elyana Araque
- Informes PyP Boyaca
- Karen Melo
- Sede Villavicencio

Invitar a otros de la conversación (1)

- Telemedicina Tunja (LF Tunja)



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

No	TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO DE EXPOSICION FRENTE COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADA
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOYA	DIRECTA	DIRECTA	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOYA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	INCAPACTADA HASTA 02/SEPT
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA



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



46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
54	CC	105338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
61	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
62	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
65	CC	1049799152	NIYRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
66	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
67	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
68	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
82	CC	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
83	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
84	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
85	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
86	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
87	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
88	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
89	CC	1002340134	DANIELA SJAREZ RUANO	APRENDIZ SENA TECNICO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
90	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
91	CC	1056930698	FABIO ANDRES PARADA ACUÑA	ANALISTA DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	ADMINISTRATIVA
92	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
93	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERIO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
94	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
95	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA



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

2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

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



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

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



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

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



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



88	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
89	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
90	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
91	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
93	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
94	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
95	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
96	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
97	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
98	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
99	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
100	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
101	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
102	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
103	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
104	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
105	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
106	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
107	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
108	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
109	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDONEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
110	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
111	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
112	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
113	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
114	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
115	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
116	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo- Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
8	CC	1.090.495.225	María Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	23726655	Merida Barrera Tolosa	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicóloga	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	1.118550499	Diana Paola Luna Trujillo	Regente de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
13	CC	1118570378	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	1118554078	Ángela Consuelo Zipa	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tigreros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Córdoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
18	CC	52.704.266	Nelsy Johana Miranda Santos.	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
19	CC	3115739292	Sara Nohemí Ojeda Parales	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL



3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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

Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Resistencia Química

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

Características

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

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



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

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

Copia Controlada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 018000910302





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

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

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

Copia Controlada


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión de Medicamentos y Productos Químicos
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033

VIGILADO



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



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

FICHA TÉCNICA



1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Life1095	Respirador Color Blanco

2. Identificación y empaque:

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



SOSEGA®

Safety Solutions

INFORMACIÓN TÉCNICA

MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA
Con Válvula
Ref: 130730



APLICACIONES

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

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

CARACTERÍSTICAS

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

ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

ADVERTENCIAS

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





LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO

DESCRIPCION:

- ✓ Cuales de exploración desechables, elaborados a base de látex natural, sin polvo y/o ligeros con polvos con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, máxima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeables, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de material extraño, rebobos y aristas cortantes.
- ✓ Aseptico, hiperalérgico, atóxico.

CARACTERISTICAS

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o 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, lisa y uniforme antideslizante.
- ✓ Cumple con las pruebas de nivel de calidad de acuerdo a las normas internacionales Vigentes: ISO 11193, EN 455-3, EN 455-2 y ASTM D 3075-01

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

2.3.1 Factura Regional Boyacá

Fecha Impresión: lunes, 07 de septiembre de 2020 12:38

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

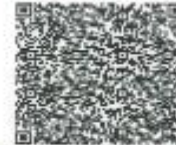
Carrera 49 # 95-54 Barrio La Castellana
 TELEFONOS: (+57) 3167443440
 BOGOTA D.C. - COLOMBIA

Fecha: 7/09/2020 12:37:38 p. m.

CUFE: 7ee93befb9eb5ee6220547ddeb0246a36e79c54e42cbe7168779bede7e2e0
 de9f09d6c352373d1dcf1b23b1b32bb4

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4699 TARIFA (4.14*1000) POR COMPRAS. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

FACTURA DE VENTA N° FQE6668



Datos Generales	
Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	FQXBA102 - BTA-OPERATIVO
Detalle: TRASLADO DE FARMA #461 A JERSALUD TUNJA 07-09-2020	U. Funcional: FACTURACION-FQX MIOCARDIO CASTELLANA

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cent.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
100109620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		1500	0,00	0,00	\$ 7.560	\$ 11.340.000
VALOR BRUTO:								\$ 11.340.000
IVA:								\$ 0
RETEFUENTE:								\$ 283.500
RETENCIÓN IVA:								\$ 0
RETENCIÓN ICA:								\$ 48.948
VALOR NETO FACTURA:								\$ 11.008.552

TOTAL: ONCE MILLONES NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/Cto.



ELABORÓ

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio No. 100-0010302
 Bogotá D.C.

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/02/2020 prefoo autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 7624 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. "Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 15 de abril de 2020". Efectuar retención del 2,5% por Compras.

ESTA FACTURA SE 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.I: Enviada

Usuario Creación: 53069545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

Usuario Impresión: 53069545 - DIANA FIGUEROA


www.jersalud.com



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



2.3.2 Cotización Regional Meta



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
NIT 901.222.881-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 8748248
Neiva - Colombia

Cotización
No. C-1-463

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

Elaborado por Signo S.A.S NIT: 830.048.145-8-8

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

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748248

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Calle 8 No. 45-100, Bogotá D.C.
Línea Correo Nacional: 01800019333





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

Cotización
No. C-1-462

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

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

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

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

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Calle 8, Corrala Nacional, 01800010033

www.jersalud.com



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



FECHA DE SOLICITUD:		8-Jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000
1	BAJALENGUAS	A	CAJA	ALMACEN	300101255	41	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
10	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLAS - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLAS M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	300120157	30.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 75 CAJA	ALMACEN	300120147	800	FARMA	SUJETO A DISPONIBILIDAD
50	CATETER No 24 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101036	1.190	CMC	
50	CATETER No 22 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101035	1.190	CMC	
30	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO F	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
2000	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
1	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
100	NELATON No 08 SONDA	A	PAQUETE X 50	ALMACEN	300101126	437	CMC	
200	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101080	194	CMC	CAJA X 100

FECHA DE SOLICITUD:		28-Jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
150	BATA QUIRURGICA DESECHABLE MANGA LARGA NO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300107909	7.200	TEVMOCOLOR	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$500.000
60	ESPEJULOS DESECHABLES	A	UNIDAD	ALMACEN	300101074	2.000	CMC	-
120	GASA PRECORTADA 7.5 CMS X 7.5 CMS 50 PZS/ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300105074	69	CMC	-
2	CURAS REDONDAS	A	CAJA X 100	ALMACEN	300105575	3.500	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
2	GUARDIAN PEQUEÑO 15 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300102056	2.012	GUARDIANES Y RECOLE	
10	GUARDIAN 24 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLE	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE DEPÓSITO (\$800.000)
2	SABANAS	A	BOX 2	ALMACEN	300101298	4.590	CMC	MEDIDA 2.20 X 87
2	ESPARADRAPO TIPO HOSPITALARIO	A	TUBO SURTIDOS	ALMACEN	300101280	34.800	CMC	
2	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLAS - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
4	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS M	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLAS M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
48	MICROPOROS TRANSPARENTES DE 2 PULGADAS	A	CAJA X 12 UNIDADES	ALMACEN	300106361	8.136	CMC	
3	TORUNDAS 1/800 gms PAQUETE	A	PAQUETE	ALMACEN	300112132	10.350	CMC	
3	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO FOCUSIMIL	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
200	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100
700	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
7	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	300102473	24.500	IMPAH	
5	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
1	CITOFUADOR SPRAY	A	UNIDAD	ALMACEN	300102633	11.453	CMC	



3.2.3 Factura Regional Casanare

SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
 NIT 901.222.681-7
 Calle 9 No. 14-58
 Tel: 8748246
 Neiva - Colombia
 sunfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FE-137

Señores	JERSALUD SAS YOPAL	Teléfono	3213665735	Fecha de Factura	2020-09-02	Fecha de Vencimiento	2020-09-02
NIT	900.622.551-0	Ciudad	Villavicencio - Colombia				
Dirección	CLL 40 23 99						

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	5.00	9,500.00	0 %	0 %	47,500.00
2	2452	GORROS ORUGA X 100 UNO	1.00	28,500.00	0 %	0 %	28,500.00
3	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	8.00	45,000.00	0 %	0 %	360,000.00
4	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	3.00	60,000.00	0 %	0 %	180,000.00
5	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	20.00	6,950.00	0 %	0 %	139,000.00
6	TMNB	TAPABOCAS N95 REPLICA	40.00	7,000.00	0 %	0 %	280,000.00

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

Valor en Letras:
 Un millón treinta y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-02 por \$ 1,035,000.00

Total Bruto	1,035,000.00
Total a Pagar	1,035,000.00

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

[Handwritten Signature]
Jersalud S.A.S.
 NIT: 900622551-0
RECIBIDO
 N.º B. 07-09-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses Responsable de IVA - Actividad Económica Tarifa 3,5

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Vigilado



3. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
			1 de 1									
Apellidos y Nombres Completos			Cédula	Unidad								
Hincepe Yahirza Gloria Esperanza			1118530677	Farmacia 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 Sep 20				X					X			
4 Sep 20				X					X			
5 Sep 20				X					X			
6 Sep 20				X					X			
7 Sep 20				X					X			
8 Sep 20				X					X			
9 Sep 20				X					X			
10 Sep 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, <u>Gloria Hincepe Yahirza</u> , Identificado (a) con CC: <u>1118530677</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
			1 de 1									
Apellidos y Nombres Completos			Cédula	Unidad								
Bosigas Agüero Eitra Jhana			1052403498	Administrativa								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 09 20				X					X			
05 09 20				X					X			
08 09 20				X					X			
09 09 20				X					X			
10 09 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, <u>Eitra Jhana Bosigas Agüero</u> Identificado (a) con CC: <u>1052403498</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Parada Acuña Fabio Andrés	1056.930.698	Farmacia Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
02/09/20				X					X			
03/09/20				X					X			
07/09/20				X					X			
08/09/20				X					X			
09/09/20				X					X			
10/09/20				X					X			
11/09/20				X					X			
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, Fabio Andrés Parada Acuña identificado (a) con CC: 1056.930.698, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenny Gabriela Gutierrez MORALES	107216910	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, 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		
09/09/20				X								
07/09/20				X					X			
08/09/20				X								
09/09/20				X								
18/09/20				X								
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, Jenny Gabriela Gutierrez MORALES identificado (a) con CC: 107216910, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Carero Sepulveda Diana (Diana)</u>	Cédula <u>40048087</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
--	---------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09/09/20				X									Diana Carero
07/09/20				X					X			D	Diana Carero
08/09/20				X									Diana Carero
09/09/20				X									Diana Carero
10/09/20				X									Diana Carero
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 Flóra Carero Sepulveda identificado (a) con CC: 40048087, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Daniela Suárez Ruano</u>	Cédula <u>1002340134</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
--	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/09/20				X									Daniela Suárez Ruano
05/09/20				X									Daniela Suárez Ruano
07/09/20				X					X				Daniela Suárez Ruano
08/09/20				X									Daniela Suárez Ruano
09/09/20				X									Daniela Suárez Ruano
10/09/20				X									Daniela Suárez Ruano
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rojas Camargo María Paula	1049632802	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias		
04 09 20				X								María Paula Rojas
07 09 20				X					X			María Paula Rojas
08 09 20				X								María Paula Rojas
09 09 20				X								María Paula Rojas
10 09 20				X								María Paula Rojas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MAYOLGA ROSA DOLIS	40049574	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmias		
04 09 2019				X					X			DOLIS MAYOLGA ROSA
07 09 2019				X								DOLIS MAYOLGA ROSA
08 09 2019				X								DOLIS MAYOLGA ROSA
09 09 2019				X								DOLIS MAYOLGA ROSA
10 09 2019				X								DOLIS MAYOLGA ROSA
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, DOLIS MAYOLGA ROSA identificado (a) con CC: 40049574, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Karen Lorena Florz Rangel.	1140835503	Tunjay

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 09 20				X					X	X		Karen Florz
05 09 20				X					X	X		Karen Florz
07 09 20				X					X	X		Karen Florz
08 09 20				X					X	X		Karen Florz
09 09 20				X					X	X		Karen Florz
10 09 20				X					X	X		Karen Florz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Karen Lorena Florz Rangel Identificado (a) con CC: 1140835503 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Monsel Guerrero Lopez Mayana	1048846095	FARMACIA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 09 20				X					X			Luzmar G.
05 09 20				X								Luzmar G.
07 09 20				X								Luzmar G.
08 09 20				X								Luzmar G.
09 09 20				X								Luzmar G.
10 09 20				X								Luzmar G.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Luzmar Guerrero Monsel Identificado (a) con CC: 1048846095 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019383
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Tats Diaz lastis Isabel	1702834970	Tanja -

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	*	lastis tats
05 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	*	lastis tats
07 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	lastis tats
08 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	lastis tats
09 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	lastis tats
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	lastis tats
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, lastis tats diaz Identificado (a) con CC: 1702834970 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Anas Rojas Juliana Andrea	1049618508	Farmacia Tanja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
05 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
06 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
07 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
08 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
09 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	Juliana Anas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juliana Andrea Anas Rojas Identificado (a) con CC: 1049618508 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Sandra Paredes</u>	Cédula <u>410047558</u>	Unidad <u>Farmacía Tingo</u>
--	----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/09/20				X							X		Sandra Paredes
05/09/20				X							X		Sandra Paredes
06/09/20				X							X		Sandra Paredes
07/09/20				X							X		Sandra Paredes
08/09/20				X							X		Sandra Paredes
09/09/20				X							X		Sandra Paredes
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Sandra Paredes Identificado (a) con CC: 410047558, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Saenz Nidia</u>	Cédula <u>33378530</u>	Unidad <u>Farmacía</u>
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
05/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
06/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
07/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
08/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
09/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
10/09/20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Nidia Saenz
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Nidia Saenz Identificado (a) con CC: 33378530, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Julian Moreno Sanchez</u>	Cédula <u>1049658796</u>	Unidad <u>Jun J</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	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
01 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
04 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
10 09 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, Julian Moreno Sanchez identificado (a) con CC: 1049658796 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Adrián Alvo</u>	Cédula <u>40039607</u>	Unidad <u>Certima</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	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
40 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorita	
07 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorita	
08 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorita	
09 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorita	
10 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorita	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Adrián Alvo 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Jorge Cepeda / Jaron</i>	<i>40027046</i>	<i>Tunja e-LX1</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>4 09 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>Jorge Cepeda Telcon</i> <i>Jorge Cepeda Telcon</i> <i>Jorge Cepeda Telcon</i> <i>Jorge Cepeda Telcon</i>	<i>Jorge Cepeda</i>
<i>7 09 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>			
<i>8 09 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>			
<i>9 09 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>			
<i>10 09 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jorge Cepeda Identificado (a) con CC: 40027046, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>PEDRAZA VARGAS MARIA LUCIA</i>	<i>40017103</i>	<i>Consulta Externa Nutrición</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>04 09 2020</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>Maria Lucía Pedraza Vargas</i> <i>Maria Lucía Pedraza Vargas</i> <i>Maria Lucía Pedraza Vargas</i> <i>Maria Lucía Pedraza Vargas</i>	<i>Maria Lucía Pedraza Vargas</i>
<i>07 09 2020</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>			
<i>08 09 2020</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>			
<i>10 09 2020</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</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, Maria Lucía Pedraza Vargas Identificado (a) con CC: 40017103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos Flores Aydo Floris Joha	Cédula 40.038562	Unidad consulta externa
---	----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmox			
04 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	[Firma]
07 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	[Firma]
08 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	[Firma]
09 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	[Firma]
10 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Gersson David Gonzalez Robles	Cédula 1044638771	Unidad cirugía
---	-----------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmox			
04 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
05 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
07 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
08 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
09 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
10 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gersson David Gonzalez R. identificado (a) con CC: 1044638771, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Jose C. Almon</i>	Cédula <i>72125024</i>	Unidad
---	---------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
4 09 23	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
4 09 23	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
8 09 23	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
9 09 23	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
10 09 23	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, *Jose C. Almon* Identificado (a) con CC: *72125024*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>José E. John Jairo</i>	Cédula <i>7180163</i>	Unidad <i>C. Ejecución</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
	Ceifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
04 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>José E</i>
07 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>José E</i>
08 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>José E</i>
09 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>José E</i>
10 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>José E</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *José E. John Jairo* 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.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gilma Liliana Rosal	33267367	CEXT

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
4 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	50	<i>Gilma Rosal</i>	
5 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	50	<i>Gilma Rosal</i>	
7 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	50	<i>Gilma Rosal</i>	
8 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	50	<i>Gilma Rosal</i>	
9 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	50	<i>Gilma Rosal</i>	
10 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	50	<i>Gilma Rosal</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gilma Liliana Rosal identificado (a) con CC: 33267367, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Barristera Vladimir	88214472	CEXT - TUNJA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
4 9 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Vladimir Barristera</i>	
7 9 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Vladimir Barristera</i>	
8 9 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Vladimir Barristera</i>	
9 9 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Vladimir Barristera</i>	
10 9 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Vladimir Barristera</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Vladimir Barristera López identificado (a) con CC: 88214472, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800019033
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Flaer Alvaraz Monica	1089616587	Certeng

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
05 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
07 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
08 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Firma]
09 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
10 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Monica Flaer Alvaraz Identificado (a) con CC: 1089616587 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ibáñez Diaz Diana Yanira	33377254	Consulta Externa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo 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			
04 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Diana Ibáñez
05 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Diana Ibáñez
07 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Diana Ibáñez
08 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Diana Ibáñez
09 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Diana Ibáñez
10 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Diana Ibáñez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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 <u>Jenifer Matias Lopez</u>	Cédula <u>1.049.639.115</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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09/09/20				X									Jenifer Matias
09/09/20				X					X				Jenifer Matias
09/09/20				X									Jenifer Matias
09/09/20				X									Jenifer Matias
09/09/20				X									Jenifer Matias
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Jenifer Matias Lopez Identificado (a) con CC: 1.049.639.115, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Faraca FLORENA JOAN ANTONIO</u>	Cédula <u>112965548</u>	Unidad <u>CASA DE CUIDADO TONJA</u>
---	----------------------------	--

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

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

Yo, Joan Antonio Faraca Florencia Identificado (a) con CC: 112965548, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 01800010303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Barrera Claudia	Cédula 40245784	Unidad C-Exp
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopafa de seguridad	Caretá desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/09/20				X									Cmxc
07/09/20	X			X								X	Cmxc
08/09/20	X			X									Cmxc
09/09/20				X									Cmxc
10/09/20				X									Cmxc
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos MONICA VELAZQUEZ MARINA	Cédula 40036857	Unidad Asistencial
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopafa de seguridad	Caretá desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10/09/20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			[Firma]
11/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			[Firma]
17/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			[Firma]
18/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Prostaria		[Firma]
19/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			[Firma]
10/09/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-			[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, _____ 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 Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Torres Acosta Jhonatan</i>	Cédula <i>46378245</i>	Unidad <i>C. Externa</i>
--	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/09/20	X			X		X							
05/09/20				X		X							
07/09/20	X			X		X							
08/09/20				X		X							
09/09/20	X			X		X					X		
10/09/20				X		X							
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Sofía Oliva Piñero</i>	Cédula <i>23284976</i>	Unidad <i>C. Externa</i>
---	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04/09/20				X		X							<i>Sandra</i>
05/09/20				X		X							<i>Sandra</i>
07/09/20				X		X							<i>Sandra</i>
08/09/20				X		X							<i>Sandra</i>
09/09/20				X		X							<i>Sandra</i>
10/09/20				X		X							<i>Sandra</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sandra Sofía Oliva Piñero identificado (a) con CC: 23284976, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Juan Ignacio Joel Antonio</u>	Cédula <u>1124023697</u>	Unidad <u>C Est</u>
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-		Joel D.
05 09 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel D.
07 09 20	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-		Joel D.
08 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel D.
09 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel D.
10 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Joel D.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Betancur Beterra Zulmayarith</u>	Cédula <u>1052399313</u>	Unidad <u>Consulta Externa -</u>
--	-----------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20				X		X			X				Zulmayarith
05 09 20				X		X			X				Zulmayarith
07 09 20				X		X			X				Zulmayarith
08 09 20				X		X			X				Zulmayarith
09 09 20				X		X			X				Zulmayarith
10 09 20				X		X			X				Zulmayarith
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Zulmayarith Betancur Beterra identificado (a) con CC: 1052399313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010333



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yoley Patricia Ovalle	73.324.561	Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Yoley</i>
17 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Yoley</i>
18 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Yoley</i>
09 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Yoley</i>
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Yoley</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, Yoley Patricia Ovalle Identificado (a) con CC: 73.324.561, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodríguez Boyacá María Ceiba	1.049.625.040	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
02 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>María Rodríguez</i>
03 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>María Rodríguez</i>
07 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>María Rodríguez</i>
08 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>María Rodríguez</i>
09 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>María Rodríguez</i>
10 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>María Rodríguez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, María Ceiba Rodríguez Identificado (a) con CC: 1.049.625.040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Central Nacional: 01800019033
VIGILADO





FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

F(GTH)033
 Versión: 3
 ago-19
 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Zipa Vargas Gisele Andrea</u>	Cédula <u>1049647500</u>	Unidad <u>Consulta Externa Administrativa</u>
---	-----------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20	-	-	-	/	-	-	-	-	-	-	-		<i>Gisele Andrea Zipa</i>
07 09 20	-	-	-	/	-	-	-	-	-	-	X		<i>Gisele Andrea Zipa</i>
08 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Gisele Andrea Zipa</i>
09 09 20	-	-	-	/	-	-	-	-	-	-	-		<i>Gisele Andrea Zipa</i>
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Gisele Andrea Zipa</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gisele 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>MONTAÑEZ AFRICANO CLAUDIA KAROL</u>	Cédula <u>46361131</u>	Unidad <u>C. Externas</u>
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-		<i>Claudia Karol Montañez</i>	
07 09 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-		<i>Claudia Karol Montañez</i>	
08 09 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-		<i>Claudia Karol Montañez</i>	
09 09 2020	-	/	-	S	/	/	-	-	S	-	<u>VISITAS DOMICILIARIAS</u>	<i>Claudia Karol Montañez</i>	
10 09 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-		<i>Claudia Karol Montañez</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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>Osca Sanchez Anderson Dom</u>	Cédula <u>1054658729</u>	Unidad <u>C. Sistema 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Dom
05 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Dom
07 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Dom
08 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Dom
09 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Dom
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Dom
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Claudia Rodriguez</u>	Cédula <u>1049642865</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
07 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
08 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
09 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		Versión: 3
			ago-19 1 de 1
Apellidos y Nombres Completos <u>Arandino Fagua Gloria Isabel</u>		Cédula <u>1.049.628.122</u>	Unidad <u>Asistencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01/09/2019	X			X					X		5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
07/09/2019	X			X					X		6 tapabocas	<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Arandino Fagua Gloria Isabel identificado (a) con CC: 1.049.628.122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
			Versión: 3 ago-19 1 de 1
Apellidos y Nombres Completos <u>Zabala Mancipe Lina Isabel</u>		Cédula <u>46.669.839</u>	Unidad <u>Asistencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01/09/2019	X			X					X		1 tapabocas - 1 bata - 1 gorro	<i>[Firma]</i>
02/09/2019	X			X					X		4 tapabocas - 1 bata - 1 gorro	<i>[Firma]</i>
10/09/2019	X			X					X		5 tapabocas 1 bata 1 gorro	<i>[Firma]</i>
13/09/2019	X			X					X		1 cofia - 5 tapabocas - 1 bata	<i>[Firma]</i>
24/09/2019	X			X					X		1 cofia - 5 tapabocas - 1 bata	<i>[Firma]</i>
30/09/2019	X			X					X		1 gorro - 1 cofia - 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
07/10/2019	X			X					X		1 gorro - 1 cofia - 1 bata - 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Lina Isabel Zabala Mancipe identificado (a) con CC: 46.669.839, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Velasco Pava Naveal David	1053605215	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	
	Capa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
07/08/20	X			X							X	Ninguna	[Firma]
07/08/20	X			X							X	6 Tapabocas	[Firma]
10/08/20	X			X							X	4 Tapabocas, 2 Bata, 1 Capa	[Firma]
18/08/20	X			X							X	5 Tapabocas, 1 Bata, 1 Capa	[Firma]
24/08/20	X			X							X	5 Tapabocas, 1 Bata, 1 Capa	[Firma]
31/08/20	X			X							X	5 Tapabocas, 1 Bata, 1 Capa	[Firma]
07/09/20	X			X							X	5 Tapabocas, 1 Bata, 1 Capa	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Naveal David Velasco Pava identificado (a) con CC: 1053605215, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los elementos de protección personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pino Quica Sofia Mabel	cc: 33365493	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Capa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27/08/20	X			X							X	4 tapabocas	[Firma]
05/08/20	X			X							X	4 tapabocas	[Firma]
10/08/20	X			X							X	5 tapabocas	[Firma]
18/08/20	X			X							X	4 tapabocas	[Firma]
24/08/20	X			X							X	5 tapabocas - Bata	[Firma]
31/08/20	X			X							X	6 tapabocas	[Firma]
07/09/20	X			X							X	5 tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Baturo Castro Myriam Dorcas</u>	Cédula <u>240772</u>	Unidad <u>Pasmaco</u>
--	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
02/09/20	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1 cofre para la semana	
02/09/20	0	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 Bata para la semana	
03/09/20	0	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5 tapabocas = 1 x día	
04/09/20	0	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
05/09/20	0	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
06/09/20	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
08/09/20	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
09/09/20	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
10/09/20	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
11/09/20	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
12/09/20	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		

Yo, Myriam Dorcas Baturo C. Identificado (a) con CC: 240772, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Triana Triana Hedy</u>	Cédula <u>46458143</u>	Unidad <u>Duramei</u>
---	----------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/09/20	X			X					X		5 Tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Hedy 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: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Chaparro Chaparro Diana Sofía	1002461363	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogiro de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 07 20	x			X					X	X		5 tapabocas	Diana Sofía
24 07 20	x			X					X	X		5 tapabocas	Diana Sofía
27 07 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 3 Polainas	Diana Sofía
03 08 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
10 08 20	x			X					X	X		5 cofia y tapabocas,	Diana Sofía
20 08 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
24 08 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
31 08 20	x			X					X	X		6 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
04 09 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 2 polainas	Diana Sofía
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Sofía Chaparro Chaparro identificado (a) con CC: 1002461363 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina M. Arague	46672428	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogiro de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	x			X					X				Lina M.
23 06 20	x			X					X			5 Tapabocas	Lina M.
30 06 20	x			X					X			4 Tapabocas	Lina M.
07 07 20	x			X					X			6 Tapabocas	Lina M.
13 07 20	x			X					X			5 Tapabocas	Lina M.
21 07 20	x			X					X			5 Tapabocas	Lina M.
27 07 20	x			X					X			6 Tapabocas	Lina M.
02 08 20				X					X			5 Tapabocas	Lina M.
10 08 20				X					X			5 Tapabocas	Lina M.
18 08 20				X					X			6 Tapabocas 1 bata	Lina M.
24 08 20	x			X					X			6 Tapabocas	Lina M.
31 08 20	x			X					X			6 Tapabocas	Lina M.

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

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 <u>NANCY MAGOLLAN</u>	Cédula <u>23323980</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
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29/08/20	✓			✓					✓		5 de 40	
30/08/20	✓			✓					✓		5 de 40	
15/09/20	✓			✓					✓		5 de 40	
18/09/20	✓			✓					✓		5 de 40	
01/09/20	✓			✓					✓		5 de 40	
07/09/20	✓			✓					✓		5 de 40	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Figardo Severo Angela Dorely</u>	Cédula <u>24167247</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
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29/08/20	✓			✓					✓		5 Gomas 5 Tapabocas	
03/09/20	✓			✓					✓		1 Goma 4 Tapabocas	
03/09/20	✓			✓					✓		2 Gomas 2 Bata Tapabocas #2	
04/09/20	✓			✓					✓		5 Gomas 5 Tapabocas Goma	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ RAMIRO LEON	79 536 444	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											Observaciones	Firma		
Fecha (DD/MM/AA)			Coifa	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon			Bata desechable	Pajamas
13	04	2020	✓			5					1		Mascarilla H6	[Firma]
20	04	2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
27	04	2020	✓			5					1		Tapabocas H5	[Firma]
03	08	2020	✓			4					1		Respirador H4	[Firma]
10	08	2020	✓			5					4		Tapabocas H5	[Firma]
17	08	2020	✓			5					4			[Firma]
24	08	2020	✓			5					5			[Firma]
31	08	2020	✓			5					2		Mascarilla H6	[Firma]
07	09	2020	1			5					-			[Firma]
DD	MM	AA				5					5		Mascarilla H5	[Firma]
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, Leon Rodriguez Ramiro identificado (a) con CC: 79 536 444, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ovaldo Gutierrez	91244689	

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
Fecha (DD/MM/AA)			Coifa	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon			Bata desechable	Pajamas
27	7	20	1			4					1			[Firma]
27	7	20	5			5					5			[Firma]
29	7	20	2			2		2			2		1 Respirador M500	[Firma]
30	8	20	4			4					4			[Firma]
10	02	20	6			6					6			[Firma]
10	08	20	4			6					4			[Firma]
13	08	20	4			6					4			[Firma]
24	08	20	6			6					6			[Firma]
30	08	20	5			5					5			[Firma]
7	9	20	6			6					6			[Firma]
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Vigilancia y Control Epidemiológico
 Línea de Control Nacional: 018000910303

VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Acero Martinez Diana Patricia	46456247	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 08 20				X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
06 09 20				X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
13 09 20				X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
24 09 20				X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
29 09 20	X			X					X			5 batas 5 tapabocas	DIANA ACERO
03 10 20				X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
10 10 20	X			X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
18 10 20	X			X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
24 10 20	X			X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
31 10 20	X			X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
07 09 20	X			X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DELANO NELLA DIANA	1053608206	DELSAJO DUITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monopala de seguridad	Cable desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 09 20	X			X					X			GUANTES LATEX 1 BATA	DIANA C
29 09 20	X			X					X			GUANTES LATEX 1 BATA	DIANA C
01 10 20	X			X					X			GUANTES LATEX 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, _____ 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 Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sojamoso

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Olida de aguas</u>	Cédula <u>32 775986</u>	Unidad <u>Sojamoso</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	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
03 08 20	X			X								X	EPP -5 Gorras Tapabocas X	[Firma]
10 08 20	X			X								X	EPP -5 Gorras Tapabocas	[Firma]
18 08 20	X			X								X	EPP	[Firma]
2 09 20	X			X								X	EPP	[Firma]
13 09 20	X			X								X	EPP	[Firma]
08 09 20	X			X								X	EPP	[Firma]
09 09 20	X			X								X	EPP	[Firma]
09 09 20	X			X								X	EPP	[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Olida de aguas Identificado (a) con CC: 32 775986 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Cely Perez Segio Ricardo</u>	Cédula <u>74.083496</u>	Unidad <u>Sojamoso</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	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
03 08 20	X			X								X	EPP 5 unidades cid	Segio [Firma]
10 08 20	X			X								X	EPP 5 unidades cid	Segio [Firma]
18 08 20	X			X								X	EPP 5 unidades cid	Segio [Firma]
24 08 20	X			X								X	EPP 5 unidades cid	Segio [Firma]
31 08 20	X			X								X	EPP	Segio [Firma]
01 09 20	X			X								X	EPP	Segio [Firma]
02 09 20	X			X								X	EPP	Segio [Firma]
03 09 20	X			X								X		Segio [Firma]
04 09 20	X			X								X		Segio [Firma]
05 09 20	X			X								X		Segio [Firma]
07 09 20	X			X								X		Segio [Firma]
08 09 20	X			X								X		Segio Cely

Yo, Segio Cely Paez Identificado (a) con CC: 74083349 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ DEISY CANINDA	1.049631798	SOGAMOJO.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Corifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20	X			X								5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
10/08/20	X			X								5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
18/08/20	X			X								5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
24/08/20	X			X								5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
31/08/20	X			X								5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
01/09/20	X			X								EPP	[Firma]
02/09/20	X			X								EPP	[Firma]
03/09/20	X			X								EPP	[Firma]
03/09/20	X			X								EPP	[Firma]
04/09/20	X			X								EPP	[Firma]
05/09/20	X			X								EPP	[Firma]
07/09/20	X			X								EPP	[Firma]

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ana Romero López	46366015	SOGAMOJO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Corifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
3/08/20	X			X								EPP 5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
10/08/20	X			X								EPP 5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
18/08/20	X			X								EPP	[Firma]
24/08/20	X			X								EPP 5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
31/08/20	X			X								EPP 5 Tapabocas y Bata	[Firma]
01/09/20	X			X								EPP 1 Bata	[Firma]
02/09/20	X			X								EPP 1 Bata	[Firma]
03/09/20	X			X								EPP 1 Bata	[Firma]
04/09/20	X			X								EPP 1 Bata	[Firma]
07/09/20	X			X								EPP 1 Bata 1 Tapabocas	[Firma]
08/09/20	X			X								EPP 1 Bata 1 Tapabocas	[Firma]
09/09/20	X			X								EPP 1 Bata 1 Tapabocas	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Dora Moncá Britte Deyra	Cédula 10595711E1	Unidad Sagunato
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 08 20	X			X							EPP 5 Gorros Tapabocas	
10 08 20	X			X							E. PP. 5 Tapabocas Gorros	
18 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas Gorros	
24 08 20	X			X							EPP. 5 Tapabocas Gorros	
31 08 20	X			X							EPP 5 Gorros	
10 9 20	X			X							EPP. Bata como tapaboca	
2 9 20	X			X							EPP	
3 9 20	X			X							EPP	
4 9 20	X			X							EPP	
5 9 20	X			X							EPP	
7 9 20	X			X							EPP	
8 9 20	X			X							EPP	

Yo, Deyra Dora Moncá identifico (a) con CC: 10595711E1, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 Luis Ruth Gilson Vergas	Cédula 1059771157	Unidad Sagunato
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas y Gorros	Luis Ruth Gilson
10 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas y Gorros	Luis Ruth Gilson
18 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas y Gorros	Luis Ruth Gilson
26 08 20	X			X							EPP. 5 Tapabocas y Gorros	Luis Ruth Gilson
30 08 20	X			X							EPP. 5 Tapabocas y Gorros	Luis Ruth Gilson
4 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
8 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
10 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
13 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
16 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
19 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
22 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
25 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson
28 09 20	X			X							EPP	Luis Ruth Gilson

Yo, Luis Ruth Gilson Vergas identifico (a) con CC: 1059771157, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Sagunato, D.C.
 Línea Central Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MILENA ANDREA QUINTERO TERRES	46455020	JERSALUD SOGAMOSO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 2020	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
10 08 2020	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
18 08 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
24 08 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
31 08 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
07 09 2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
02 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas, 1bata, 1goma	MILENA QUINTERO
04 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas, 1bata, 1goma	MILENA QUINTERO
07 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas y bata, 1goma	MILENA QUINTERO
08 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas, 1bata, 1goma	MILENA QUINTERO
09 09 2020	X			X					X		EPP 1 tapabocas, 1bata, 1goma	MILENA QUINTERO

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daisy Vargas Pánera	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Goma	Daisy
10 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Goma	Daisy
18 08 20	X			X					X		epp 5 tapabocas	Daisy
24 08 20	X			X					X		epp 5 tapabocas	Daisy
31 08 20	X			X					X		epp 5 tapabocas	Daisy
07 09 20	X			X					X		epp	Daisy
02 09 20	X			X					X		epp	Daisy
03 09 20	X			X					X		epp	Daisy
04 09 20	X			X					X		epp	Daisy
07 09 20	X			X					X		epp	Daisy
08 09 20	X			X					X		epp	Daisy
09 09 20	X			X					X		epp	Daisy

Yo, Daisy Vargas B 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
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Olivera Lora</i>	Cédula <i>8602666</i>	Unidad <i>Sojma</i>
---	---------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09 08 20	X			X							X	5 Tapabocas y 6 caros	<i>[Signature]</i>
10 08 20	X			X							X	5 Tapabocas y 6 caros	<i>[Signature]</i>
18 08 20	X			X							X	5 tapabocas	<i>[Signature]</i>
27 08 20	X			X								5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
31 08 20	X			X								epp	<i>[Signature]</i>
1 9 20	X			X							X	epp	<i>[Signature]</i>
2 9 20	X			X							X	epp	<i>[Signature]</i>
3 9 20	X			X							X	epp	<i>[Signature]</i>
9 9 20	X			X									<i>[Signature]</i>
17 9 20	X			X									<i>[Signature]</i>
18 9 20	X			X									<i>[Signature]</i>
09 09 20	X			X									<i>[Signature]</i>

Yo, *[Signature]* Identificado (a) con CC: *8602666*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Malaver Alejandra Sandra</i>	Cédula <i>46672546</i>	Unidad
---	----------------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
3 8 20	X			X							X	5 tapabocas 5 EPP y 6 caros	<i>[Signature]</i>
10 8 20	X			X							X	5 tapabocas 5 EPP y 6 caros	<i>[Signature]</i>
18 08 20	X			X							X	Elementos EPP (5 tapabocas) y 6 caros	<i>[Signature]</i>
21 08 20	X			X							X	Elementos EPP 5 tapabocas y 6 caros	<i>[Signature]</i>
31 08 20	X			X							X	Elementos EPP 5 tapabocas y 6 caros	<i>[Signature]</i>
1 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
2 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
3 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
4 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
5 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
7 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
8 9 20	X			X							X	Elementos EPP	<i>[Signature]</i>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Camilo Lopez Cesar</i>	<i>9530770</i>	<i>CGT Sug</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	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
3 08 20	X			X							X	EPP S tapabocas y caros	<i>[Signature]</i>
10 08 20	X			X							X	"	<i>[Signature]</i>
13 08 20	X			X							X	EPP S tapabocas caros	<i>[Signature]</i>
24 08 20	X			X							X	EPP S tapabocas y caros	<i>[Signature]</i>
31 08 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
07 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
09 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
03 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
04 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
05 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
07 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
08 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Sebastián Rivera Gutiérrez</i>	<i>1049614089</i>	<i>Jogomoso</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	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 08 20	X			X							X	EPP S/d	<i>[Signature]</i>
10 08 20	X			X							X	EPP S/d	<i>[Signature]</i>
18 08 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
24 08 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
31 08 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
01 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
02 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
03 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
04 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
05 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
07 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>
08 09 20	X			X							X	EPP	<i>[Signature]</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Higuera Reyes Juan Cesar	74370203	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			
03 09 20				1							1		
04 09 20				1									
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, Juan Cesar Higuera R Identificado (a) con CC: 74370203, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Caceres Justa Carmen Cecilia	50916656	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			
31 08 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
02 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
03 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
04 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
05 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
07 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
08 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
09 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
10 09 20	X			X					X			Epp	Carmen Caceres
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Carmen Cecilia Caceres N Identificado (a) con CC: 50916656, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Benavides P. Mada Constante	46370222	Seguro de

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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 N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30/08/2020	X			X					X			epp. 5 Tapabocas	M. Constante B
14/08/2020	X			X					X			epp	M. Constante B
24/08/2020	X			X					X			epp 5 tapabocas y como	M. Constante B
30/08/2020	X			X					X			epp 5 tapabocas	M. Constante B
10/09/2020	X			X					X			epp	M. Constante B
9/09/2020	X			X					X			epp	M. Constante B
3/09/2020	X			X					X			epp	M. Constante B
1/09/2020				X					X				M. Constante B
7/09/2020				X					X				M. Constante B
8/09/2020				X					X				M. Constante B
9/09/2020				X					X				M. Constante B
DD/MM/AA													

Yo, M. Constante Benavides P. Identificado (a) con CC: 46370222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ		

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, 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 N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01/09/2020				X									Erika Saucedo
02/09/2020				X									Erika Saucedo
03/09/2020				X									Erika Saucedo
04/09/2020				X									Erika Saucedo
05/09/2020				X									Erika Saucedo
07/09/2020	X			X					X				Erika Saucedo
08/09/2020				X									Erika Saucedo
09/09/2020				X									Erika Saucedo
10/09/2020				X									Erika Saucedo
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Erika Saucedo Ruidiaz Identificado (a) con CC: 46370222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	1002526470	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pólmicas			
01 09 2020				X									Yennifer Ballén
02 09 2020				X									Yennifer Ballén
03 09 2020				X									Yennifer Ballén
04 09 2020				X									Yennifer Ballén
07 09 2020	X			X							X		Yennifer Ballén
08 09 2020				X									Yennifer Ballén
09 09 2020				X									Yennifer Ballén
10 09 2020				X									Yennifer Ballén
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ		

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pólmicas			
01 09 2020				X									Melissa C
02 09 2020				X									Melissa C
03 09 2020				X									Melissa C
04 09 2020				X									Melissa C
07 09 2020	X			X							X		Melissa C
08 09 2020				X									Melissa C
09 09 2020				X									Melissa C
10 09 2020				X									Melissa C
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	Cédula N°053.348.179	Unidad
--	--------------------------------	---------------

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

Elementos De Protección Personal													Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01	09	2020				X									
02	09	2020				X									
03	09	2020				X									
04	09	2020				X									
05	09	2020				X									
07	09	2020	X			X					X				
08	09	2020				X									
09	09	2020				X									
10	09	20				X									
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	Cédula 1073380836	Unidad
--	-----------------------------	---------------

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

Elementos De Protección Personal													Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01	09	20				X									
02	09	20				X									
03	09	20				X									
04	09	20				X									
07	09	20	X			X									
08	09	20				X									
09	09	20				X									
10	09	20				X									
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEN	Cédula 1053340626	Unidad
---	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
01 09 2020				X					X			Shirley
02 09 2020				X								Shirley
03 09 2020				X								Shirley
04 09 2020				X								Shirley
05 09 2020				X								Shirley
06 09 2020	X			X					X			Shirley
07 09 2020				X								Shirley
08 09 2020				X								Shirley
09 09 2020				X								Shirley
10 09 2020				X								Shirley
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajinas		
01 09 20				X								Ingrith
02 09 20				X								Ingrith
03 09 20				X								Ingrith
04 09 20				X								Ingrith
05 09 20				X								Ingrith
06 09 20	X			X					X			Ingrith
07 09 20				X								Ingrith
08 09 20				X								Ingrith
09 09 20				X								Ingrith
10 09 20				X								Ingrith
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: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos SAMIRA LUCERO CASTELLANOS	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Elementos De Protección Personal													Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
01 09 20				X											Samira C
02 09 20				X											Samira C
03 09 20				X											Samira C
04 09 20				X											Samira C
07 09 20	X			X											Samira C
08 09 20				X											Samira C
09 09 20				X											Samira C
10 09 20				X											Samira C
DD MM AA				X											Samira 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.

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

Apellidos y Nombres Completos LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Elementos De Protección Personal													Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
01 09 20				X											LJB
02 09 20	X			X											LJB
03 09 20				X											LJB
04 09 20				X											LJB
07 09 20				X											LJB
08 09 20				X											LJB
09 09 20				X											LJB
10 09 20				X											LJB
DD MM AA				X											LJB
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: 01800091033
VIGILADO

4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Camelo Suarez May	33676746	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 2020	X			X							X		May Camelo
07 09 2020	X			X							X		May Camelo
08 09 2020	X			X							X		May Camelo
09 09 2020	X			X							X		May Camelo
10 09 2020	X			X							X		May Camelo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Armando I. Domínguez Martínez	531407	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
07 09 20		X		X	X	X					X		
08 09 20		X		X	X	X					X		
09 09 20		X		X	X	X					X		
10 09 20		X		X	X	X					X		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Castillo Morates Lady Andrea	1048846141	Goxogoa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
04 09 2020	Y			Y					Y			Lady Castillo
07 09 2020	Y			Y					Y			Lady Castillo
08 09 2020	Y			Y					Y			Lady Castillo
09 09 2020	Y			Y					Y			Lady Castillo
10 09 2020	Y			Y					Y			Lady Castillo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
García Daza Diana Cecilia	1020752786	CONSOLTA 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		
04 09 20	X	X	X	X	X	X			X	X		Diana García
07 09 20	X	X	X	X	X	X			X	X		Diana García
08 09 20	X	X	X	X	X	X			X	X		Diana García
09 09 20	X	X	X	X	X	X			X	X		Diana García
10 09 20	X	X	X	X	X	X			X	X		Diana García
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000190302
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
García Anita Fanny Marlene	33676330	Garages

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
04 09 20	X	X		X		X			X	X		Fanny García
07 09 20	X	X		X		X			X	X		Fanny García
08 09 20	X	X		X		X			X	X		Fanny García
09 09 20	X	X		X		X			X	X		Fanny García
10 09 20	X	X		X		X			X	X		Fanny García
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fanny Marlene García Anita 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.

4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yely Muñoz Romero	104188587	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	Pajamas		
04 09 20	X					X			X			Yely Muñoz
07 09 20	X					X			X			Yely Muñoz
08 09 20	X					X			X			Yely Muñoz
09 09 20	X					X			X			Yely Muñoz
10 09 20	X					X			X			Yely Muñoz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yely Muñoz Romero Identificado (a) con CC: 104188587. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yanibe Velasquez	1049795603	Goateque

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

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
4 9 20	X			X					X				Yanibe
5 9 20	X			X					X				Yanibe
7 9 20	X			X					X				Yanibe
8 9 20	X			X					X				Yanibe
9 9 20	X			X					X				Yanibe
10 9 20	X			X					X				Yanibe
11 9 20													
12 9 20													
13 9 20													
14 9 20													
15 9 20													
16 9 20													
17 9 20													
18 9 20													
19 9 20													
20 9 20													

Yo, Yanibe Velasquez Hernandez Identificado (a) con CC: 1049795603, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Castro	1049795603	Daniela C - Asistencia

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

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
04 09 20	X	X	X	X		X			X				Daniela Castro
05 09 20	X	X	X	X		X			X				Daniela Castro
07 09 20	X	X	X	X		X			X				Daniela Castro
08 09 20	X	X	X	X		X			X				Daniela Castro
09 09 20	X	X	X	X		X			X				Daniela Castro
10 09 20	X	X	X	X		X			X				Daniela Castro
11 09 20													
12 09 20													
13 09 20													
14 09 20													
15 09 20													
16 09 20													
17 09 20													
18 09 20													
19 09 20													
20 09 20													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000970333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos PUPO MORENO MELISSA	Cédula 1045725343	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
4 09 20			X	X		X						
7 09 20			X	X		X						
8 09 20			X	X		X						
9 09 20			X	X		X						
10 09 20			X	X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y Nombres Completos NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	Cédula 63362434	Unidad MONIQUIRA
--	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07 09 20				X								
08 09 20				X								
09 09 20				X								
10 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910303
 VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
07 09 20				X					X			
08 09 20				X								
09 09 20				X								
10 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, 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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
07 09 20				X					X			
08 09 20				X								
09 09 20				X								
10 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 08000910303
VIGILADO



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

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

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	51990459	MONIQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08 09 20				X							X		Luz Ortega
09 09 20				X									Luz Ortega
10 09 20				X									Luz Ortega
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, Luz Mendy Ortega Identificado (a) con CC: 51990459, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Septiembre**
 4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá



		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO				Cédula 1140868607				Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monogafá de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias					
4	9	2020				1	1	2							<i>Maria Paula Campos</i>
7	9	2020	1			1		1							<i>Maria Paula Campos</i>
8	9	2020						1							<i>Maria Paula Campos</i>
9	9	2020				1		2							<i>Maria Paula Campos</i>
10	9	2020				1		2							<i>Maria Paula Campos</i>
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
Yo, <u>Maria Paula Campos Buitrago</u> Identificado (a) con CC: <u>1.140.868.607</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.															

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR				Cédula 24080048				Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monogafá de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias					
4	9	2020				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
5	9	2020	1			1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
7	9	2020				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
8	9	2020				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
9	9	2020				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
10	9	2020				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
Yo, <u>Alix Margarita Acevedo S</u> Identificado (a) con CC: <u>24080048</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 Correo Nacional: 018000190333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos MILDER ASTRID MARTINEZ	Cédula 23522660	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
---	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
4 9 2020				1								Hilda Martinez
5 9 2020	1			1					1			Hilda Martinez
7 9 2020				1								Hilda Martinez
8 9 2020				1								Hilda Martinez
9 9 2020				1								Hilda Martinez
10 9 2020				1								Hilda Martinez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos DEISY LILIANA ESTEVES	Cédula 1052020668	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
--	------------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
4 9 2020				1								Deisy
5 9 2020	1			1					1			Deisy
7 9 2020				1							N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial	Deisy
8 9 2020				1								Deisy
9 9 2020				1								Deisy
10 9 2020				1								Deisy
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
4 / 9 / 2020				1									<i>Isabel Serrano</i>
7 / 9 / 2020	1			1		1					1		<i>Isabel Serrano</i>
8 / 9 / 2020				1	1	5						N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio	<i>Isabel Serrano</i>
9 / 9 / 2020				1		5							<i>Isabel Serrano</i>
10 / 9 / 2020				1		4							<i>Isabel Serrano</i>
DD / MM / 2020													
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.



3.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

3.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL						F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1				
Apellidos y Nombres Completos <u>Luis Acosta, Antony Cutierrez, Wilson Guti</u>				Cédula		Unidad <u>Asistencial</u>						
Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 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.												
Elementos De Protección Personal												
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmias	Observaciones	Firma
1 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
2 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
3 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
4 09 10				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
5 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Cutierrez	Luis Rodríguez
6 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Cutierrez	Luis Rodríguez
7 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Cutierrez	Luis Rodríguez
8 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Cutierrez	Luis Rodríguez
9 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Cutierrez	Luis Rodríguez
10 09 20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Cutierrez	Luis Rodríguez

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

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL						F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1				
Apellidos y Nombres Completos <u>Gabriel Babilonia</u>				Cédula <u>1063 154 205</u>		Unidad <u>Asistencial</u>						
Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 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.												
Elementos De Protección Personal												
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmias	Observaciones	Firma
1 09 20				X								
02 09 20				X							Bata desechable.	
3 09 20	X			X								
4 09 20	X			X								
7 09 20				X								
8 09 20				X								
9 09 20				X								
10 9 20	X			X								

Yo, Gabriel Babilonia identificado (a) con CC: 1063 154 205, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Ingrid Cardenas</u>	Cédula <u>Δ.093.755.032</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajinas			
1 04 20				X									
02 09 20				X								Gorro desechable	Ingrid Cardenas
3 09 20	X			X									Ingrid Cardenas
4 09 20	X			X									Ingrid Cardenas
5 09 20	X			X									Ingrid Cardenas
7 09 20	X			X									Ingrid Cardenas
8 09 20	X			X									Ingrid Cardenas

Yo, Ingrid Cardenas Identificado (a) con CC: Δ.093.755.032 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Edgar Garcia</u>	Cédula <u>86056869</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajinas			
1 01 20				X									
02 09 20				X									
3 09 20	X			X									
4 09 30	X			X									
5 09 30	X			X									
07 09 20	X			X									
8 09 20	X			X									
9 09 20	X			X									
10 07 2020	X			X									

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Carreño	Cédula 1007449166	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
1 09 20				X										
02 09 20				X									Gorro desechable	Angie Dora C.
3 09 20	X			X										Angie Dora C.
04 09 20	X			X										Angie Dora C.
07 09 20	X			X										Angie Dora C.
8 09 20	X			X										Angie Dora C.
9 09 20	X			X										Angie Dora C.

Yo, Angie Daniela Carreño Identificado (a) con CC: 1007449166, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Angie Machado	Cédula 1121930795	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
1 09 20				X										
02 09 20				X									Gorro desechable	Angie Machado
3 09 20	X			X										Angie Machado
4 09 20	X			X										Angie Machado
5 09 20	X			X										Angie Machado
07 09 20	X			X									Gorro	Angie Machado
08 09 20	X			X										Angie Machado
9 09 20	X			X										Angie Machado
10 09 20	X			X										Angie Machado

Yo, Angie Juleidy Machado Identificado (a) con CC: 1121930795, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800919333
VIGILADO



		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos Wilder Novoa				Cédula 1121832800				Unidad Asistencial							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
		Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	09/20				X										
2	09/20				X										
3	09/20	X			X										Carro desechable.
4	09/20	X			X										
5	09/20	X			X										
07	09/20	X			X										
8	09/20	X			X										
9	09/20	X			X										
10	09/20	X			X										
Yo, <u>Wilder Novoa</u> Identificado (a) con CC: <u>1121832800</u> . Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.															

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos Carolina Barbosa				Cédula 1121833197				Unidad Asistencial							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
		Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	09/20				X										
2	09/20	X			X										
3	09/20	X			X										
4	09/20	X			X										
5	09/20	X			X										
07	09/20	X			X										
8	09/20	X			X										
9	09/20	X			X										
10	09/20	X			X										
Yo, <u>Carolina Barbosa V.</u> Identificado (a) con CC: <u>1121833197</u> . Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.															

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



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

Apellidos y Nombres Completos Ruby Ruiz	Cédula 23 623 995	Unidad ASISTENCIA
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas			
1 09 20				X									Ruby Ruiz
2 09 20				X									Ruby Ruiz
3 09 20	X			X									Ruby Ruiz
4 09 20	X			X									Ruby Ruiz
07 09 20	X			X									Ruby Ruiz
8 09 20	X			X									Ruby Ruiz
9 09 20	X			X									Ruby Ruiz
10 09 20				X									Ruby Ruiz
10 09 20				X									Ruby Ruiz

Yo, Ruby Ruiz Salas identificado (a) con CC: 23 623 995, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Paola Tumbita	Cédula 1121926326	Unidad Admin
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajinas			
1 09 20				X									Paola Tumbita
02 09 20				X									Paola Tumbita
3 09 20				X									Paola Tumbita
07 09 20				X									Paola Tumbita
8 09 20				X									Paola Tumbita
9 09 20				X									Paola Tumbita
10 09 20	X			X					X				Paola Tumbita

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Vanesa Parada	Cédula 1010066853	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
1 09 20				X									
2 09 20	X			X									
3 09 20				X									
4 09 20				X									
5 09 20				X									
07 09 20	X			X									
8 09 20				X									
9 09 20	X			X									
10 09 20				X									

Yo, Claudia Vanessa Parada Identificado (a) con CC: 1010066853, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Erika Hernandez	Cédula 1121876618	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
1 09 20				X									
2 09 20	X			X									
3 09 20				X									
4 09 20				X									
5 09 20				X									
07 09 20	X			X									
8 09 20				X									
9 09 20				X									
10 09 20	X			X									

Yo, Erika Eugenia Hernandez Identificado (a) con CC: 1121876618, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
Apellidos y Nombres Completos Xiomara Olaya			Cédula 112860890	Unidad Asistencia								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.												
Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
1 04 20				X								
2 09 20				X								
3 04 20				X								
4 09 20	X			X								
5 09 20				X								
6 09 20	X			X								
8 09 20	X			X								
9 09 20	X			X								
10 09 20	X			X								
Yo, <u>Xiomara Olaya Mora</u> identificado (a) con CC: <u>112860890</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
Apellidos y Nombres Completos Sandra Peñalosa			Cédula 40330585	Unidad Admin								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.												
Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
1 09 20				X								
2 09 20				X								
3 09 20				X								
4 09 20				X								
5 09 20				X								
7 09 20				X								
8 09 20				X								
Yo, <u>Sandra Patricia Peñalosa</u> identificado (a) con CC: <u>40330585</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 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 Olga Linares	Cédula 40389819	Unidad Admin
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas			
1	09	20			X								
2	09	20	X		X								
3	09	20			X								
4	09	20			X								
5	09	20			X								
8	09	20			X								
9	09	20			X								
10	09	20			X								

Yo, Olga Linares Identificado (a) con CC: 40389819, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Miguel Reina	Cédula 1121853253	Unidad Admin
--	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas			
1	09	20			X								
4	09	20			X								
8	09	20			X								
10	9	20			X								

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



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

Apellidos y Nombres Completos Nancy Durarte	Cédula 52429438	Unidad admia
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 09 20				X									
2 09 20				X									
3 09 20				X									
5 09 20				X									
8 09 20				X									
9 09 20				X									
10 09 20				X									

Yo, Identificado (a) con CC: 52429438, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Sebastian Falla	Cédula 1121916803	Unidad admia
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
02 09 20				X								
3 09 20				X								
4 09 20				X								
5 09 20				X								
7 09 20				X								
8 09 20				X								
9 09 20				X								
10 09 20				X								

Yo, Identificado (a) con CC: 1121916803, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Duvan Villegas	Cédula 112390578	Unidad Admin
--	----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								Duvan Florez
2 09 20				X								Duvan Florez
3 09 20				X								Duvan Florez
4 09 20				X								Duvan Florez
5 09 20				X								Duvan Florez
7 09 20				X								Duvan Florez
8 09 20				X								Duvan Florez
9 09 20				X								Duvan Florez

Yo, Duvan Farney Villegas Florez Identificado (a) con CC: 112390578. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 Karen Melo	Cédula 1121926625	Unidad Admin
--	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								Karen Melo
2 09 20				X								Karen Melo
3 09 20				X								Karen Melo
4 09 20				X								Karen Melo
5 09 20				X								Karen Melo
7 09 20				X								Karen Melo
8 09 20				X								Karen Melo
9 09 20				X								Karen Melo
10 09 20				X								Karen Melo

Yo, Karen comden Melo Identificado (a) con CC: 1121926625 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Jessica Cañon	Cédula 1120502833	Unidad Admin
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de n/lon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
02 09 20				X								
07 09 20				X								
08 09 20				X								

Yo, Jessica Marcela Cañon Identificado (a) con CC: 1120502833, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 JEANY GUTIERREZ	Cédula 1121880489	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de n/lon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
2 09 20	X			X								
3 09 20				X								
4 09 20				X								
07 09 20	X			X								
8 09 20				X								

Yo, JEANY SHIRLEY GUTIERREZ Identificado (a) con CC: 1121880489, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Ruth Saquero	Cédula 40185140	Unidad Asistencial
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 15				X								
1 09 20	X			X								<i>[Signature]</i>
3 01 16				X								<i>[Signature]</i>
4 09 20				X								<i>[Signature]</i>
9 09 10				X								<i>[Signature]</i>
10 09 20				X								<i>[Signature]</i>

Yo, Ruth Saquero identifico (a) con CC: 40185140 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 Aura Cristina Lombro	Cédula 3.120.504.110	Unidad Administrativo
--	--------------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, 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		
2 09 20				X								
9 09 16				X								<i>[Signature]</i>

Yo, Aura Cristina Lombro identifico (a) con CC: 3.120.504.110 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Grecia Tellez</u>	Cédula <u>1121846960</u>	Unidad <u>Asistencia I</u>
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
07 09 20	X			X								
08 09 20				X								
09 09 20				X								
10 09 20				X								

Yo, Grecia Yanara Tellez Coballero identificado (a) con CC: 1.121.846.960, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Debra Leon Dora Cruz</u>	Cédula <u>1121829720</u>	Unidad <u>U/E (Asistencia)</u>
--	-----------------------------	-----------------------------------

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

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

Yo, Debra Leon Dora Cruz identificado (a) con CC: 1121829720, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Rojas Herrera July Carolina.</u>	Cédula <u>40326034</u>	Unidad <u>C. Externa / Vcio.</u>
--	---------------------------	-------------------------------------

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Bazanegra Masquera Diego Fernando</u>	Cédula <u>1107054234</u>	Unidad <u>Aula Fenicia</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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
1 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Diego Bazanegra
2 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Tapabocas proban Alergia	Diego Bazanegra
3 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	" " "	Diego Bazanegra
4 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	" " "	Diego Bazanegra
5 9 2020													
6 9 2020													
7 9 2020													
8 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Tapabocas Aula de alergia	Diego Bazanegra
9 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Diego Bazanegra
10 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Diego Bazanegra
11 9 2020													
12 9 2020													
13 9 2020													
14 9 2020													
15 9 2020													

Yo, Diego Bazanegra M. identificado (a) con CC: 1107054234, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Guzmán S. César Almeida	Cédula 1082774101	Unidad COD. EXTENA.
---	-----------------------------	-------------------------------

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

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

Yo, César A. Guzmán S. Identificado (a) con CC: 1082774101, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Beltrán Juli	Cédula 40218844	Unidad UCENO
--	---------------------------	------------------------

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

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

Yo, Juli 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Cerdoba Dossan Jovanna Kef</i>	Cédula <i>35263051</i>	Unidad
--	---------------------------	--------

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Arango Amoroso Germán</i>	Cédula <i>40331099</i>	Unidad <i>Jerdillo yw</i>
---	---------------------------	------------------------------

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daddy Asith Torres Martinez	1121839830	Asistencia

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

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

Yo, Daddy Torres Identificado (a) con CC: 1121839830, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Dic Romero Ramirez	196000014	Asistencia

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

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

Yo, Dic Romero Ramirez Identificado (a) con CC: 196000014, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 Adriana Lorena Rey Rodríguez	Cédula 1.019.071.191	Unidad Asistencial
--	--------------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Adriana Lorena Rey Rodríguez identificado (a) con CC: 1.019.071.191, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910382
VIGILADO



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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Velazquez Rojas Jocely Grisely	Cédula 1121021032	Unidad
--	-----------------------------	---------------

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

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

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Sabogal Anas Yamile	Cédula 40.392.862	Unidad Asistencia
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
1	9	2020											
2	9	2020	X	X		X			X	X	No existo		
3	9	2020	X	X		X			X	X			
4	9	2020	X	X		X			X	X			
5	9	2020	X	X		X			X	X			
6	9	2020	X	X		X			X	X			
7	9	2020	X	X		X			X	X			
8	9	2020	X	X		X			X	X			
9	9	2020	X	X		X			X	X			
10	9	2020	X	X		X			X	X			
11	9	2020	X	X		X			X	X			
12	9	2020											
13	9	2020											
14	9	2020											
15	9	2020											

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



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

Apellidos y Nombres Completos Rca Forero Aura Milena	Cédula 1-121-898-957	Unidad Jersalud.
--	--------------------------------	----------------------------

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

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

yo, Aura Milena Rca Forero identificado (a) con CC: 1-121-898-957 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos MORA EMILIA ABRAMO	Cédula 1-121-733-106	Unidad
--	--------------------------------	---------------

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

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

yo, Emilia Abramo Mora identificado (a) con CC: 1-121-733-106 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



3.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos Juliana Rojas	Cédula 43920773	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. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos Leidy Morales	Cédula 2090394053	Unidad Puerto Gaitán
---	-----------------------------	--------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogacia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 08 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
01 09 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
02 09 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
03 09 2020				X					X		gorro	Leidy Morales
04 09 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
07 09 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
08 09 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
09 09 2020				X					X		Gomo	Leidy Morales
10 09 2020				X					X		gorro	Leidy Morales
D.C	MM	AA										
D.C	MM	AA										

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



3.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

Apellidos y Nombres completos	CÓDIGO	TIPO DE
JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	12565313	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 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. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

DIA	MES	AÑO	Elementos de Protección personal										Observaciones	Firma	
			Casaca	Monopaca de seguridad	Casaca abstruente	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de Nylon	Bata desechable	Polainas			
1	9	2020	X		X						X				
2	9	2020	X		X						X				
3	9	2020	X		X						X				
4	9	2020	X		X						X				
5	9	2020	X		X						X				
7	9	2020	X		X						X				
8	9	2020	X		X						X				
9	9	2020	X		X						X				
10	9	2020	X		X						X				
11	9	2020													
14	9	2020													
15	9	2020													
16	9	2020													
17	9	2020													
19	9	2020													
19	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	1121925239	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. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 and Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										Observaciones	Firma			
	Cable	Maregala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Barreras de nylon	Bata desechable	Polainas					
1	9	2020				X						X			
2	9	2020				X						X			
3	9	2020				X						X			
4	9	2020				X						X			
5	9	2020				X						X			
7	9	2020				X						X			
8	9	2020				X						X			
9	9	2020				X						X			
10	9	2020				X						X			
11	9	2020													
14	9	2020													
15	9	2020													
16	9	2020													
17	9	2020													
19	9	2020													
19	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellido y Nombre Completo MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	Cédula 1121947473	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1970, Decreto 1072 de 2016 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Cascos desechable	Zapatos desechables	Tapatecas N95 con valvulas	Guantos de latex	Guantos de nitrilo	Guantos de nylon	Bata desechable		
1 9 2020				X					X		Marly G
2 9 2020				X					X		Marly G
3 9 2020				X					X		Marly G
4 9 2020				X					X		Marly G
5 9 2020				X					X		Marly G
7 9 2020				X					X		Marly G
8 9 2020				X					X		Marly G
9 9 2020				X					X		Marly G
10 9 2020				X					X		Marly G
11 9 2020											Marly G
14 9 2020											
15 9 2020											
16 9 2020											
17 9 2020											
19 9 2020											
19 9 2020											
21 9 2020											
22 9 2020											
23 9 2020											
24 9 2020											
25 9 2020											
28 9 2020											
29 9 2020											
30 9 2020											

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000191033
VIGILADO



3.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
7 8 2020	X			X		X			X			
8 9 2020				X		X						
9 9 2020				X		X						
10 9 2020				X		X						
11 9 2021				X		X						
12 9 2020				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
10 8 2020	X			X		X			X			
11 9 2020				X		X						
12 9 2020				X		X						

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos DAMARIS ESTRADA CAICEDO	Cédula 1 121 839 364	Unidad ASISTENCIAL
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
7 9 2020	X			X					X			<i>[Signature]</i>
8 9 2020				X								<i>[Signature]</i>
9 9 2020				X								<i>[Signature]</i>
10 9 2020				X								<i>[Signature]</i>

Yo, DAMARIS ESTRADA CAICEDO Identificado (a) con CC: 1121839364, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
7 9 2020	X			X		X			X			<i>[Signature]</i>
8 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
9 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
10 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
11 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
12 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, NAIRA GUERRA VARGAS Identificado (a) con CC: 1121889427, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
7 9 2020	X			X		X						
8 9 2020				X		X						
9 9 2020				X		X						
10 9 2020				X		X						
				X		X						

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

3.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

Apellidos y Nombres Completos HERNAN DARIO RAMOS	Cédula 97611226	Unidad ASISTENCIAL
--	---------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
7 9 2020				X		X			X			
8 9 2020				X		X						
9 9 2020				X		X						
10 9 2020				X		X						

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.



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

Apellidos y Nombres Completos JAVIER HERRERA	Cédula 86069207	Unidad REGENTE FARMACIA
--	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 9 2020	X			X		X			X			JAVIER
8 9 2020				X		X						JAVIER
9 9 2020				X		X						JAVIER
10 9 2020				X		X						JAVIER

Yo, JAVIER HERRERA Identificado (a) con CC: 86069207, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos NATALIA VELASQUEZ	Cédula 1121914029	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 9 2020	X			X		X			X			
8 9 2020				X		X						
9 9 2020				X		X						
10 9 2020				X		X						

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



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

Apellidos y Nombres Completos DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	Cedula 1120498277	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 952 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24 numeral 5. le

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
8 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
9 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
10 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos MARIAN GISELLE CASTRO	Cédula 1121827319	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 952 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24 numeral 5. le

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
8 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
9 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
10 9 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guanites de látex	Guanites de nitrilo	Guanites de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 9 2020	X			X		X			X			
8 9 2020				X		X						
9 9 2020				X		X						
10 9 2020				X		X						

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, se 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	Guanites de látex	Guanites de nitrilo	Guanites de nylon	Bata desechable	Polainas		
7 9 2020	X			X		X			X			
8 9 2020				X		X						
9 9 2020				X		X						
10 9 2020				X		X						

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos DIANA MARCELA SANCHEZ	Cédula 1120364043	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poblinas		
7 9 2020	X			X		X			X			
8 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
9 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
10 9 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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

3.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

3.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Adriana Victoria Corredor</u>	Cédula <u>40402032</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	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poblinas		
11 09 2020				X								<u>Adriana V. Corredor</u>
12 09 2020												
13 09 2020												
14 09 2020												
15 09 2020												
16 09 2020												
17 09 2020												
18 09 2020												
19 09 2020												
20 09 2020												

Yo, Adriana V. Corredor Identificado (a) con CC: 40402032, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Nelsy Mirinda Santos</u>	Cédula <u>52704266</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
---	----------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmolas			
10/09/2020				X									X Nelsy Mirinda Santos
11/09/2020				X									X Nelsy Mirinda Santos
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Nelsy Johanna Mirinda Santos Identificado (a) con CC: 52704266, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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>Maria Alejandra Vargas Palacios</u>	Cédula <u>111835080</u> <u>1090425295</u>	Unidad <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	Pólmolas			
08/09/2020				1									Maria Alejandra Vargas Palacios
10/09/2020				1									Maria Alejandra Vargas Palacios
11/09/2020				1									Maria Alejandra Vargas Palacios
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													
DD/MM/AA													

Yo, Maria Alejandra Vargas Palacios Identificado (a) con CC: 1090425295, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Diana Paola Luna	Cédula 1118550499	Unidad adm.
--	-----------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
08 09 2020				1								Diana Paola Luna T
11 09 2020				2								Diana Paola Luna T
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Paola Luna Trejillo Identificado (a) con CC: 1118.550.499, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de 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 Menda Barrera Tolosa	Cédula 23726655	Unidad adm.
--	---------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
08 09 2020				1								América B.
10 09 2020				1								América B.
16 09 2020				1								América B.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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 Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Gonzalez Cuevas Ysella 47441197 Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofre	Mongoles de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobantas	Observaciones	Firma
18	08	2020				1								
19	08	2020				1								
20	08	2020				1								
21	08	2020			1	1								
24	08	2020				1								
25	08	2020				1								
26	08	2020				1								
27	08	2020				1								
31	08	2020				1								
01	08	2020				1								
10	09	2020				1								
11	09	2020				1								

Yo, Ysella Gonzalez Cuevas identificado (a) con CC: 47441197. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Cesar Alberto Duarte Santo 1047 438 183 Medico General /Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofre	Mongoles de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobantas	Observaciones	Firma
01	09	20				1								
02	09	20				1								
03	09	20				1								
04	09	20				1								
05	09	20				1								
07	09	20				1	1							
08	09	20				1								
09	09	20				1								
20	09	20				1								
11	09	20				1								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019030
VIGILADO



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

Kelly Vanessa Ruiz 1010201040 Medico General/Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogata de seguridad	Cebata desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
31	08	20				1	1							<i>Kelly Ruiz</i>
01	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
02	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
03	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
04	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
05	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
07	09	20				1	1							<i>Kelly Ruiz</i>
08	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
09	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
10	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>
11	09	20				1								<i>Kelly Ruiz</i>

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

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

Henry Dario Ova 9432962 Medico General/Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogata de seguridad	Cebata desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
31	08	20				1	1							<i>Henry Ova</i>
01	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
02	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
03	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
04	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
07	09	20				1	1							<i>Henry Ova</i>
08	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
09	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
20	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
11	09	20				1								<i>Henry Ova</i>
12	09	20				1								<i>Henry Ova</i>

Yo, Henry Dario Ova Identificado (a) con CC: 9432962. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Yo, Héctor Guillermo Penaranda Identificado (a) con CC: 84455111 Recibo General Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias	Observaciones	Firma
29 08 20				1	1							
31 08 20				1								
01 09 20				1								
02 09 20				1								
03 09 20				1								
04 09 20				1								
05 09 20				1								
07 09 20				1	1							
08 09 20				1								
09 09 20				1								
10 09 20				1								
11 09 20				1								

Yo, Héctor Guillermo Penaranda Identificado (a) con CC: 84455111. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Yo, Vanessa Charris Identificado (a) con CC: 10800-15590 Asistencia Jefe PYP

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias	Observaciones	Firma
26 08 20				1								
27 08 20				1								
28 08 20				1								
31 08 20	1			1	1				1			
01 09 20				1					1			
02 09 20				1								
03 09 20				1								
04 09 20				1								
05 09 20				1								
07 09 20				1	1				1			
08 09 20				1								
09 09 20				1					1			

Yo, Vanessa Charris Identificado (a) con CC: 10800-15590. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Vanesa Charris **10800 15590** **Asistencial / JEFE PYP**

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cafés	Mascarilla de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polaritas	Observaciones	Firma
10 09 20				1								[Firma]
11 09 20				1								
12 09 20				1								

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

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

Oscar Jimenez **1654 090740** **Asistencial Biologo**

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cafés	Mascarilla de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polaritas	Observaciones	Firma
31 08 20				1	1							[Firma]
01 09 20				1								
02 09 20				1								
03 09 20				1								
04 09 20				1								
09 09 20				1	1							
08 09 20				1								
09 09 20				1								
10 09 20	1			1								
11 09 20				1								
12 09 20				1								

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



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

Maria Natalia Galiel Patino 1.118.570.378 Aux. Enfermeria / Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogata de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Esta desechable	Polainas	Clasificación	Firma
01	09	20				1								
02	09	20				1								
03	09	20				1								
04	09	20				1								
05	09	20				1								
07	09	20				1								
08	09	20				1								
09	09	20				1								
10	09	20				1								
11	09	20				1								
12	09	20				1								

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

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

Ailyn Yibeth Rodriguez 1.118.550 Aux. Administrativa

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)			Cofia	Monogata de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Esta desechable	Polainas	Clasificación	Firma
09	09	20				1								
08	09	20				1								
09	09	20				1								
10	09	20				1								
11	09	20				1								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Wan Darío Hernández
1053538208

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Morografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de algodón	Guantes de nylon	Sala desechable			Polainas
07				1	1								
08		1		1					1	1			
09									1				
10									1	1			

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

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

Análisis y Normas completas
Wivian Suarez Hernandez
L. 118.537 038
Med. Interna / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Morografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de algodón	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
14 08 20	1			1						1			
15 08 20	1			1						1			
18 08 20	1			1						1			
19 08 20	1			1						1			
24 08 20	1			1	1					1			
01 09 20	1			1	1					1			
01 09 20	1			1	1					1			
04 09 20	1			1						1			
07 09 20	1			1	1					1			
08 09 20	1	1		1						1			
09 09 20	1			1						1			

Yo, Wivian Suarez Hernandez Identificado (a) con CC: L. 118.537 038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910383



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

Nombre del Empleado Yorz Socha	C.C. 1118574733	Cargo Asistente 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
Cofre	Monogafa de seguridad	Carata desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
31	08	20			1								
01	09	20			1								
02	09	20			1								
03	09	20			1								
04	09	20			1								
07	09	20			1								
08	09	20			1								
09	09	20			1								
10	09	20			1								
11	09	20			1								
12	09	20			1								
1													

Yo, Yorz Socha Identificado (a) con CC 1.118 574 733. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 01800091033
 VIGILADO



4. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	LUZ MARINA MOJICA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	FANNY ASTRID NIÑO	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	CLAUDIA MONTAÑEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	SANDRA ARIAS	ODONTOLOGIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	LUZ AMPARO AYALA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	JOAN FONSECA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	12	1	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	JULIANA ARIAS	AUXILIAR DE FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	KAREN FLOREZ	REGENTE DE FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Lima
 Unidad Central Operativa - 01000010332
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	JULLIAN MORENO	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	12	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	GERSON GONZALEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	13	0	2	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	JOEL DURAN	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	13	0	2	0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	JOSE GREGORIO MOLINA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		F(GTH)027	
				Versión: 1	
				Edic-18	
				IDE 18	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
10.09.2020	Diana Acero	Asistencial			
Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según la 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		Cabello suelta.
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			
TOTAL					
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO: (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)					
		PUNTAJE			
		0% - 80%	NO CUMPLIDO		
		80% - 94%	ACEPTABLE		
		95% - 100%	SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Diana Cercado	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) que 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		Aretes.
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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
10-04-2020	Una Zubela	Farmacia	

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0 800 001 0333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Diana Chaparro	Administrativa	

Calificación del evaluador: Marque con una X si cumple la calificación, C= Cumple, NO= No cumple

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

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumplimiento) del ítem evaluado / 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001010332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-04-2020	Olivia Avendaño	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marque con una (X) equis la calificación que se cumplió o no cumplió.

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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje que se cumplió / total de items evaluados * 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800070333
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		DE 13

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Hidely Triana	Administrativa	

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

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total / cumple / Total de ítems evaluados x 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Sonia Pira	Farmacia	

Calificación del evaluado: Marcar con una (X) según la 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			con esmalte transparente
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019030
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Alejandra Pizaró	Administrativa	

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Nancy Mogollon		

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01800010332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Angeles Fajardo	Medio Asistencial	

Calificación de la evaluación: Marque con una X la equis a la calificación en: C=Cumple; NC=No Cumple

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

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total Cumple / TOTAL de ítemes evaluados * 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 08000910303
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
20-09-2020	Lina Araque	Administrativa	

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

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

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
(Puntaje total dividido por el número de ítems evaluados x 100)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Maycol Velazquez	Farmacía	

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Oswaldo Gutierrez	Asistencia L	

Calificación del evaluador: Marque con una (X) según la calificación en: C=Cumple; NC=No cumple; NA=No aplica

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Lenin Rodriguez	Asistencial	

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

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
VIGILADO



5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/09/2020	ELIDA MARIA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/09/2020	DAYANA PINZON	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 FARMACIA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR FARMACIA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR FARMACIA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/09/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores 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 (bates, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	JEFE DE ENFERMERIA

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	SERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	LEIDY RUTH GAITAN	CONSULTA EXTERNA SOGAMOZO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA § OGAMO§O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9/09/2020	ALEXANDER HERRERA	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/09/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Ledy Burbago	Jersalud Chiquinquirá	Ledy Burbago

CALIFICACION DEL EVALUADOR: Ninguna de las opciones de cumplimiento. NA=No aplica


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

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
PUNTAJE (0=No Cumplido, 1=Si se cumplió, 2=Si no se cumplió)				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Shirley Romonco	Chiquingura	Ledy Buitrago

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 (betas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje cumplido) / (total de criterios evaluados) x 100%				
	PUNTAJE			
	0% - 80%	NO CUMPLIDO		
	80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Jennifer Ballen	Chiquinquirá	Ledy Butrago

Calificación del evaluador: Marcar con una X según su calificación en: Cumple NO, No cumple NA, No aplica


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

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumplido) / total de ítems evaluados * 100)			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Melissa Cardenas	Chiquingura	Leidy Bartrago

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			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Juliana Suarez	Chiquinquirá	Ledy Buitrago

La calificación de cumplimiento se hace con una escala de 1 a 5. La calificación es: 0=Cumplido, 1=No Cumplido, 2=NA, 3=NA, 4=NA, 5=NA

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			

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumplido) total de puntaje evaluado x 100)				
	PUNTAJE			
	0% - 80%	NO CUMPLIDO		
	80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Natalia Lozano	Chiquinquirá	Ledy Buitrago

Calificación del evaluador: C= Cumplimiento (X) equis, NC= No Cumplimiento, NA= No Aplicable

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

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (PUNTAJE TOTAL (Cumplido) / Total de criterios evaluados x 100) = %			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10-09-2020	Samira Castellanos	Chiquinapura	Ledy Burtrago

Calificación del evaluador: Marque con una (x) que la calificación es correcta. Umbral: No cumple (NA) No aplica

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


TOTAL PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO Puntaje total (cumple) / total de criterios evaluados (100)			
--	--	--	--

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Monquirá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Monquirá, D.C.
 Línea Central Nacional: 0800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	LUZ MENDY ORTEGA	REGENTE DE FARMACIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	60%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ


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

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

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



5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	Ledy Caballero	C.E	Diana García

Calificación del evaluador: 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	

14

TOTAL	14	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	95%	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/20	Diana Gantica	C.E.	Armando Dominguez

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/20	Fanny Caicedo	C.E.	Diana Gouffon

Calificación del evaluador: 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	B		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
 VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/20	Mery Camelo	C.E.	Diana Contrera

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

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

TOTAL	12	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	86%	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 01000190302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/20	Armando D.	C. E.	Dora Gatica

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

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

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

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



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
4-9-2020	Yanibe Velasquez	Farmacia	

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Central Nacional, 01600019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	Melissa Dipo Man	Asistencia	

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


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2018	Daniela Castro	Asistencia	Daniela Castro

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.	0			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	0			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	0			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	0			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	0			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	0			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	0			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	0			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	0			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	0			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	0			
12	Utiliza calzado cerrado	0			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	0			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	0			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	0			


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

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0180001910332
VIGILADO



5.1.8 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Soatá

F(TH)027		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
Versión: 1					
oct-18					
1 DE 1					
					
FECHA	N	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
10/03/2020	D	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEYES		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			se cuenta con piezas graficas de colocacion y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	
TOTAL		14		1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total [cumple]/Total de criterios)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80% NO CUMPLIDO
					80% - 94% ACEPTABLE
					95% - 100% SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS	ASISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			uso de protección respiratoria N95 para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400 Y VICERA FACIAL.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Sin embargo al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			
TOTAL		15	0		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			

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



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		ALIX MARGARITA ACEYEDO	ADMINISTRATIVA		DEISY LILIANA ESTEVES	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		usa protección respiratoria convencional Y VISERA FACIAL	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo	
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x				
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			se cuenta con piezas gráficas de colación y retiro adecuado de los epp	
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x				
12	Utiliza calzado cerrado	x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	realiza labor administrativa	
TOTAL		11	1	3		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		31%				
					PUNTAJE	
					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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

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

TOTAL	12	0	3
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		DEISY LILIANA ESTEVES		ADMINISTRATIVA		DEISY LILIANA ESTEVES	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			se cuenta con piezas graficas de colocacion y retiro adecuado de los epp		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14		1			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados)		100%					
		PUNTAJE					
		0% - 80%		NO CUMPLIDO			
		80% - 94%		ACEPTABLE			
		95% - 100%		SOBRESALIENTE			



4.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta

5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Villavicencio

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Maria Navarro	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: (M=Mayor, m=menor) según su calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, N/A= No aplica

No.	IDENTIFICACION DE RINCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		Mayor	Menor	NC	
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	100%		
(Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados) x 100			

RANGO	CONCEPTO
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2016	Gabriel Babilonia	Asistencia	Jhoan Santara

Calificación del evaluador: Marque con (X) si cumple con la(s) equis sus calificaciones: C= cumple; NC= No cumple; NA= No aplica.

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumple)/total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Corchero Nacional, 010000100030
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Carolina Barbosa	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marque con un (X) en las siguientes calificaciones: C= Cumple, (NC)= No cumple, (NA)= No aplica

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000170303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Angie Machado	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador. Marcar con un (X) que es la su calificación: S= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019030
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Wilder Novoa	Asistencial	Jhoan Santana

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
(Puntaje total (cumple) / total de criterios evaluados) x 100			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 010001910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Angie Carrero	Admin	Jhoan Santana

Calificación de evaluadores: Marque con un (X) según su calificación es: C= Cumple, NC= NO cumple, NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeras)	X			
14	Las 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	

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / Total de criterios evaluados x 100)	10 0 5	0% - 80% NO CUMPLIDO	
	100%	80% - 94% ACEPTABLE	
		95% - 100% SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Ruby Ruiz	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según sus calificaciones: C=Cumplido, NC=No cumplido, NA=No aplica

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumplido / Total de criterios evaluados x 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019030
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Yuli Beltran	Admin	JUAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marque con una (X) según sus calificaciones: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2010	Aura roca	Admisn	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcas con un al (allegu-s), su calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

TOTAL	16	0	5	<table border="1"> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </table>		0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
0% - 80%	NO CUMPLIDO										
80% - 94%	ACEPTABLE										
95% - 100%	SOBRESALIENTE										
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de criterios evaluados) x 100	100%										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio No. 100 - Bogotá, D.C.
 Teléfono: (57) 01 260 0000 ext. 01000010000
 www.supersalud.gov.co

VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Diego Becanegra	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marca con una X la(s) cual(es) cumple(s) con los criterios. C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica.

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

TOTAL	9	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Unidad total cumple / total de criterios evaluados x 100)	100%		
CUMPLIMIENTO		0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0100001000300
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	July Rojas	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Difícil con un (x) equis, si sus calificaciones de Cumple, No Cumple, NA= No aplica.

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	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 (Cumplir)/Total de criterios evaluados) (100%)			
PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Jovana Cordoba	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con un (x) según sus calificaciones: C=Cumplido, NC=No cumple, NA=No aplica

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

TOTAL	14	0	1
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumple) / Total de contenidos evaluados x 100)	100%		
PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Karina Arango	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según su calificación sea: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica; P= Pasa; N= No

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR				OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	PASA	
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 x 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	cesar guerrero	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: (A= Excelente, B= Buena, C= Regular, D= Mala, E= Deficiente)
 Calificación del evaluado: (C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica)

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

TOTAL	13	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total Cumplido / Total de ítems evaluados) x 100	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Interior, 010000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA-UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Vanesa Parado	Asistencial	Thoon Santana

Calificación del evaluador: Marque con una (x) la cualificación que cumple. No cumple = No aplica = No aplica

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

PUNTAJE TOTAL CUMPLE / TOTAL DE CUMPLES EVALUADOS: 10 / 10	PUNTAJE TOTAL NO CUMPLE / TOTAL DE CUMPLES EVALUADOS: 0 / 10	PUNTAJE TOTAL NO APLICA / TOTAL DE CUMPLES EVALUADOS: 5 / 10
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO: 100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910003
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Xiomara Olaya	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con un X si cumple la calificación; C= Cumplir; NC= No cumplir; N/A= No aplica.

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

TOTAL	10	0	5
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumplir) / total de criterios evaluados x 100)	100%		
PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Toddy Torres	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con un (x) en las siguientes calificaciones: C=Cumple, NC=No cumple, NA=No aplica

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Adriana Rey	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador (Marcar con una X) según sus calificaciones: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

PUNTAJE TOTAL 10 0 5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple) / total de criterios evaluados x 100 100%

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2016	JOSE ROMERO	ASISTENCIAL	JUAN SANTANA

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F/GTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Erica Hernandez	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Edgar Garcia	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Paola Tulibita	Asistencia	JHOAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marca con una X la casilla de la calificación que cumple. No cumple. No aplica.

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

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	14	0	1
Puntaje total (Cumplido) / Total de ítem(s) evaluados (%)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910003
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09-09-20	Ruth Bugera	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
(Puntaje Total (Cumple) / Total de criterios evaluados) x 100				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Grecia Tellez	ASISTENCIAL	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: (M) Marca personal (X) Cumple (C) Cumple (NC) No cumple (NA) No aplica

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

TOTAL	10	0	5		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%				
(Puntaje total cumple / total de criterios evaluados) * 100					
		0% - 80%		NO CUMPLIDO	
		80% - 94%		ACEPTABLE	
		95% - 100%		SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 0180001910303
 VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH0027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Soledad Lizares	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluado: Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Mala, Deficiente, No Cumple, No Cumple, No aplica

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA-UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Diany Duarte	Admin	Jhonn Santano

Calificación del evaluador: Cumple con un alto % de requisitos, se aplican las recomendaciones, se cumple con el cumplimiento. No cumple con el cumplimiento. No aplica.

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

10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple / total de criterios evaluados) x 100			0% - 80%	NO CUMPLIDO
100%			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
09-09-2020	Sebastián Falla	ADMIN	Jhovan Santana

Calificación de Evaluador: Marca con un X los requisitos que se cumplieron. No cumplir con: No aplicar. No aplicar.

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DE EVALUADOR			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO SE 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			Los EPP son desechables
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
LEYENDA	0% - 80%	NO CUMPLIDO	
	80% - 94%	ACEPTABLE	
	95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Corrales Nacionales, 010000190302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Duvan Villegas	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador. Marque con un (x) si cumple con la calificación. C= cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 010001910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
09-09-2020	Yoreni MELO	Admin	Jhoan Santana

Calificación de Evaluador: Marcar con un (x) si cumple su calificación: C=Cumple, NC=No cumple, NA=No aplica

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Aura Londoño	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marque con un X en las calificaciones: C=Cumplir, NC=No cumple, NA=Not aplica

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 010001910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
9-09-2020	Leidy Velasquez	Asistencial	Jhoan Sotara

Calificación de Evaluador: Marcar con X (si cumple) si su calificación es C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica

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

TOTAL	14	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
(suma de total cumple / total de criterios evaluados) x 100			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
9-09-2020	Yanile Saboga	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: **M** (cumple) **m** (no cumple) **NA** (no aplica) **C** (Cumple) **NC** (No cumple) **NA** (No aplica)

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

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

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



4.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		LEIDY MORALES		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
10/09/2020	LILIANAN ROJAS	LINEA DE FRENTE	SANDRA PATIÑO		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	
TOTAL		9	1	5	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			
					PUNTAJE
					0% - 80% NO CUMPLIDO
					80% - 94% ACEPTABLE
					95% - 100% SOBRESALIENTE



4.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	ESPERANZA GUERRERO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	OLINDA MURILLO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190332
VIGILADO



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	JAVIER HERRERA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

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



4.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
10/09/2020	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	ADMINISTRATIVA	NAIRA GUERRA VARGAS

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


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

Página 1

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		YADIRA TORO PINEDA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
				Versión: 1	
				oct-18	
				1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
10/09/2020	IMNA MENDIETA CONTRERAS	CONSULTA EXTERNA	NAIRA GUERRA VARGAS		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales)	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
TOTAL		11	0	4	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
PUNTAJE					
0% - 80% NO CUMPLIDO					
80% - 94% ACEPTABLE					
95% - 100% SOBRESALIENTE					



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		JORGE ENRIQUE CLAVIJO		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	0	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
 VIGILADO




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		LILIANA FONSECA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIÓNES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	SE HACE ENTREGA DE MANERA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		PENDIENTE CAPACITACION		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




4.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
				oct-18			
				1 DE 1			
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		JOSE MEJIA		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid 19.	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		MARLY		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10/09/2020		MARGARITA ZAMBRANO		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid 19.			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



4.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
11/09/2020		Kelly Vanessa Ruiz		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
09/09/2020		Cesar Duarte		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%		0% - 80%		NO CUMPLIDO	
				80% - 94%		ACEPTABLE	
				95% - 100%		SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
09/09/2020		Harold Peñaranda		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		13	0	2			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
12/09/2020		Vanessa Charris		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Jefe de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
12/09/2020		Maria Alejandra Vargas Palacios		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
12/09/2020	Henry Dario Uva Pelayo	Asistencial	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
11/09/2020		Natalia Cediel		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
07/09/2020		AMERIDA BARRERA TOLOSA		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Coordinadora de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
08/09/2020		Oscar Jimenez		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicologo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	0	6			
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910303
VIGILADO



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
08/09/2020		Arlyn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
TOTAL		10	0	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
09/09/2020		Martha Cordoba		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		10	1	4			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
09/09/2020		MERIDA TOLO		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Regente de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
09/09/2020		Angela Consuelo Zipa		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Regente de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80% NO CUMPLIDO		
					80% - 94% ACEPTABLE		
					95% - 100% SOBRESALIENTE		



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
09/09/2020		Sandra Lorena Arias		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Coordinadora de Sede		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x					
12	Utiliza calzado cerrado		x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



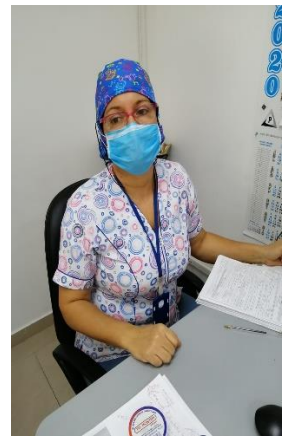
F(GD)003 Vr.1 Jun-2019		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
08/09/2020	Nelsy Johana Miranda	Administrativo	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Auxiliar de Farmacia	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x				
12	Utiliza calzado cerrado		x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x		
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
08/09/2020		Diana Paola Luna Trujillo		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		11	0	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



4.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



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





VIGILADO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
Línea de Consulta: 01800091032

www.jersalud.com



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



5. 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

Funcionarios

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo contacto	Temperatura a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondebajo	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en caso sospecho?	Firma del funcionario
3-09-20	Sara C. Molina	MO	C Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
3-09-20	John Lora	MO	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
3-09-20	Claudia R.	Aux admin	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R.
02/09/20	Bethy Flory	MO	Cext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/09/20	Wendy Patricia	Naturista	Cext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-09-20	Maria S. Gonzalez	Toma Regis	C-ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Maria C. Rodriguez	Aux admin	C Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Blanca J.A.	Med	Cext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Jonathan Ramos	T-S	Cext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/20	Gilmarca	MO	Cext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/09/20	Diana Ibarra	Aprendiz	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/20	Joel Duran	MO	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Anderson Utrera	Aux. Adm.	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09	Claudia Rivas	MA	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4-9-20	Juan Jose	MO	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-09-20	Alfredo Ramirez	MO	CExt	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4-09-20	Janet Calderon	Naturista	C Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo contacto	Temperatura a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondebajo	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en caso sospecho?	Firma del funcionario
04-09-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	Admince	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Zulma Belarcur	Farmacia	Externa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Claudia Rodriguez	Aux admin	Externa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-9-20	Joel Duran	MO	C Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Bethy Flory	MO	Cext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	John Lora	MO	C Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
04/09/20	Blanca J.A.	Med	Cext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Alfredo Ramirez	MO	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
04-09-20	Wendy Patricia	Naturista	Cext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-09-20	Anderson Utrera	M.D	C-ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/20	Carson Gama	Medico	C-ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Doris Mariana Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-09-20	Juan Jose	psicoped	CExt	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-09-20	Sara C. Molina	MO	C Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/09/20	John Lora	MO	C Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/09/20	Carson Gama	Medi	C Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	John Lora	MO	Cext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-09-20	Doris Mariana	Med	C Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Claudia R.	Admin	C Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar a Hora 06:00 (Almorzar con una X las variables que aplique)											FIGMA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o esteroides/inj.	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adorm.	Trabaja en otro establec?	Firma del funcionario
04-09-20	Gabriela Salazar	Analista SSR	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Andrés Parada	Analista for	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Doris Mayaca Qui	Asist. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Elaine Stibia Vazquez	Coord. sede	C. Ext.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Mariela Reyes	Asst Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-09-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Gabriela Salazar	Analista SSR	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Andrés Parada	Analista for	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Mariela Reyes	Asst Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-09-20	Doris Mayaca Qui	Asst Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-09-20	Doris Mayaca Qui	Asst Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Juan Aguero	Ing. Sistema	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Elaine Stibia Vazquez	Coord. sede	C. Ext.	NO	NO	36.3	SI	SI	NO	SI	NO	[Firma]
08-09-20	Nidia Vasquez	Coord. sede	C. Ext.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-09-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar a Hora 06:00 (Almorzar con una X las variables que aplique)											FIGMA003 Versión: 2 mar-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o esteroides/inj.	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adorm.	Trabaja en otro establec?	Firma del funcionario
04-09-20	LEILA GUERRERO	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Nidia Saenz	Asst Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Sandra Pinos	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Castro TABS	Asst Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Juliana Arias	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Karen Flores	Recept. Farm	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Juliana M	Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Castro TABS	Asst Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Juliana Arias	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Karen Flores	Recept. Farm	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Nidia Saenz	Asst Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Sandra Pinos	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Juliana Moreno	Asst Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	LEILA GUERRERO	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-09-20	Castro TABS	Asst Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-09-20	Sandra Pinos	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-09-20	LEILA GUERRERO	Asst Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISIA003 Versión 2 may 20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si formalmente (Marcar con una X las variables que aplican)											
				Está consumiendo medicamentos o antibióticos o acetonas?	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dinofagia	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en alta montaña?	Presión del trabajador			
05/09/20	Arbano Lopez	Dir. Adm	C. Ext	N	N	36.7	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05/09/20	Zulmartha Belaran	Farmacé	C. Ext	N	N	36.7	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5-9-20	Juan Antonio H.	psicólogo	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Yaira C. Rodríguez	Aux Admin.	C. Ext	N	N	36.	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5-9-20	Joel Durán	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5/9/20	Olivero Ros	Asi	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5/09/20	Sandra Moya	Superv	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05/09/20	Romana F	Medic	C. Ext	N	N	36.	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05/09/20	Gerison Gam	Medic	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05/09/20	Luz Mayra U	Medico	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5/09/20	Liana Ibanez	Aprendiz	C. Ext	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5/09	Sandra Torres	Medico	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5/9/20	Joel D	MD	C. Ext	N	N		N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5/9/20	Luz Mayra U	MD	C. Ext	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
5-9-20	Juan Antonio H	PSI	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05/09/20	Romana F	MD	C. Ext	N	N	36	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05/9/20	Gerison G	Medic	C. Ext	N	N	35.9	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FISIA003 Versión 2 may 20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si formalmente (Marcar con una X las variables que aplican)											
				Está consumiendo medicamentos o antibióticos o acetonas?	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dinofagia	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en alta montaña?	Presión del trabajador			
05-09-20	Juliana Arias	Auxiliar Farmacia	Asistencia	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Juliana Moreno	Farmacé	Farmacé	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Farmacé	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Yaira Flores	Regente F.	Farmacé	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Farmacé	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Juliana Moreno	Farmacé	Farmacé	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Yaira Flores	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Luz Mayra U	Aux Farmacia	Farmacé	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	35.4	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
05-09-20	Yaira Flores	Regente F.	Farmacé	N	N	35.9	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
07-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	35.9	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
07-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
07-09-20	Luz Mayra U	Aux Farmacia	Farmacé	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
07-09-20	Nidia Solenz	Aux Farmacia	Farmacé	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
07-09-20	Yaira Flores	Regente F.	Asistencia	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)
07-09-20	Juliana M	Farmacé	Farmacé	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(I)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Línea Central Nacional: 018000910332
VIGILADO



(Jersalud) FORMA003
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 ocasionalmente sintiéndose indigestión o acidez estomacal	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Verificar si sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Trabaja en sus labores?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondoleo	Fatiga y Adormilamiento				
05-09-20	Du de Sula	Asesor	C. Ex	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
05-09-20	Maria e Rocio	Aux. Adm.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
07-09-20	María Rojas	Aux. S. General	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Jael Duran	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Carole Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Diana Lopez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Gilma	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Jennifer Mateo	T.S	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Monica F	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Chantal Parra	Med. Gen.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Carole Torres	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Ana Joseca	Psic	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Elisaveth	Medic	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Julia Betancur	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Maria Rodriguez	Aux. Adm.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	María	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Monica F	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Esther	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Julia	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)

(Jersalud) FORMA003
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 ocasionalmente sintiéndose indigestión o acidez estomacal	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Verificar si sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Trabaja en sus labores?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondoleo	Fatiga y Adormilamiento				
07-09-20	John Lara	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Esther	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Chantal Parra	Med. Gen.	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Carole Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Samira Otero	Aux. Adm	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Ana Joseca	Psicologa	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	John Lara	MD	C. Ext	NO	NO	31.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Carole Torres	MD	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Esther	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Monica F	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Maria e Rocio	Aux. Adm.	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	María Rojas	Aux. S. General	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Carole Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Monica F	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Jael Duran	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Julia	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
07-09-20	Chantal Parra	Med. Gen.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea de Consulta Normativa: 01800010302

VIGILADO



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

FIGURAS
 Verde: 2
 Rojo: 2
 Gris: 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antimicrobianos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para el cual está por tener síntomas	Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en otra unidad?		
01-09-20	Karen Flores	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	35.01	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(K)
01-09-20	Nidia Salazar	Auxiliar	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(N)
02-09-20	Karen Flores	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(K)
02-09-20	GLORY EUCERREO	AUX.FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(G)
02-09-20	Su P P	Asesor	ASISTENCIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
02-09-20	Juliana M	Farmacéutica	Farmacia	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(J)
02-09-20	Luis Tatis	Auxiliar	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(L)
02-09-20	Juliana Arias	Auxiliar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(J)
02-09-20	Nidia Pico	Auxiliar	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(N)
02-09-20	Juliana Arias	Auxiliar	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(J)
02-09-20	GLORY EUCERREO	AUX.FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(G)
02-09-20	Su P P	Asesor	ASISTENCIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
02-09-20	Luis Tatis	Auxiliar	Farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(L)
02-09-20	Juliana M	Farmacéutica	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(J)
02-09-20	Karen Flores	Recepcionista	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(K)
02-09-20	Nidia Salazar	Auxiliar	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(N)
02-09-20	GLORY EUCERREO	AUX.FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(G)

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

FIGURAS
 Verde: 2
 Rojo: 2
 Gris: 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antimicrobianos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para el cual está por tener síntomas	Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en otra unidad?		
05-09-20	Jan Figuera	Ey Suplente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(J)
06-09-20	Angela Caldera	Analista	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(A)
08-09-20	Andrés Pineda	Analista	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(A)
08-09-20	Mario Pato Pato	Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(M)
08-09-20	Dina Guindo	Dep. Fichas	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(D)
08-09-20	Glenn Lopez	Coord. D. S	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(G)
08-09-20	Caterine Pantoja	Apoyo	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(C)
08-09-20	Esabella Suxante	Analista	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(E)
09-09-20	Daniela Suárez	Aspirante	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(D)
09-09-20	Diego Muxca Luna	Auxiliar	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(D)
09-09-20	Natalia Varsquez	Coord. S. de	C. Ext	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(N)
09-09-20	Esther Cepeda	ASIST. T. H	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(E)
09-09-20	Jan Figuera	Ey Suplente	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(J)
09-09-20	Andrés Pineda	Analista	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(A)
09-09-20	Mario Pato Pato	Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(M)
09/09/20	Elviana Arce	Coord. M. y T. H	Admin	NO	NO	36.1	SI	SI	NO	NO	NO	NO	(E)
09/09/20	Dina Guindo	Dep. Fichas	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(D)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Bioseguridad
 Línea Control Normativa: 01800010303

VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verifique (recomendado) Marcar con una X los valores que aplican:												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o ácido salicílico	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en área crítica	Firma del funcionario
08/09/20	Claudia Bonera	MA	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	SI	ORA
08/09/20	Mónica Pacheco	Nutricionista	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	SI	ORA
08-09-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	AdminCF	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	ORA
08/09/20	Gilmar Bol	RD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	SI	ORA
8/9/20	Diana Ibarra	Apreciada	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	ORA
8/9/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	JDA
8/9/20	Tomás	MD	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	SI	JDA
08/09/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	NO	JDA
08/09/20	Carson Goyon	Medic	C. Ext	N	N	36.8	N	N	N	N	N	ORA
8-9-20	Carson Goyon	MD	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	SI	ORA
08/09/20	Mónica Pacheco	Nutricionista	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	SI	ORA
8/09/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	SI	JDA
09/09/20	Diana Ibarra	Apreciada	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	NO	ORA
09-09-20	Carson Goyon	Medic	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	SI	ORA
08/09/20	Tomás	MD	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	SI	JDA
08/09/20	Carson Goyon	Medic	C. Ext	N	N	36.5	N	N	N	N	N	ORA
8-09-20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	NO	JDA
08/09/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.4	N	N	N	N	NO	JDA

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verifique (recomendado) Marcar con una X los valores que aplican:												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o ácido salicílico	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en área crítica	Firma del funcionario
08-09-20	Mónica Pacheco	Aux adm.	C. Ext	N	N	36.	N	N	N	N	N	ORA
09-09-20	Diana Ibarra	Apreciada	C. Ext	N	N	36.5	N	N	N	N	N	ORA
09/09/20	Mónica Pacheco	Medic	C. Ext	N	N	36	N	N	N	N	NO	ORA
09/09/20	Jewel Torres	TS	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	JDA
9/09/20	Luz Mónica U	Medic	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	NO	JDA
9/09/20	Gilmar Bol	RD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	SI	ORA
9/09/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	JDA
9/09	Jewel Torres	Medico	C. Ext	N	N	36.4	N	N	N	N	SI	JDA
9/09	Claudia Bonera	MA	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	SI	ORA
9-9-20	Mónica Pacheco	PSI	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	JDA
09/09/20	Diana Ibarra	Apreciada	C. Ext	N	N	36.9	N	N	N	N	NO	ORA
09-09-20	Andrea Zipa	Aux Admin	AdminCF	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	ORA
9/20/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	JDA
9/20/20	Tomás	MD	C. Ext	N	N	36	N	N	N	N	SI	JDA
09/09/20	Carson Goyon	Medic	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	NO	ORA
09/09/20	Carson Goyon	Medic	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	NO	ORA
09/09/20	Jael Duran	MD	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	NO	JDA
09-09-2020	Jewel Torres	Med. Gen	C. Ext	N	N	36.8	N	N	N	N	SI	JDA
9. 9 2020	Jewel Torres	Med. Gen	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	SI	JDA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURAS	
												Núm. 2	
												página	
												1 DE 1	
Verificar Dermatología (Marcar con una X las variables que avisan)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-fúngicos o antibióticos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en áreas afectadas	Fecha del Ingreso	
09-09-20	JULIAN M	Farmac	Farmac	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Juliana	Asst	Asst	No	No	36.5	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Castro Tatis	Aux Farmacia	Farmac	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Karen Florez	Regen F.	Farmac	No	No	35.9	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Castro Tatis	Aux Farmacia	Farmac	No	No	36.5	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Karen Florez	AUX.FARMACIA	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Nidia Salazar	Aux farmacia	Farmac	No	No	36.3	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	JULIAN M	Farmac	Farmac	No	No	35.3	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Juliana	Aux Fa	Asst	No	No	36.5	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Karen Florez	Regente F.	Farmac	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Castro Tatis	Aux Farmacia	Farmac	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Nidia Salazar	AUX farmacia	Farmac	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Karen Florez	AUX.FARMACIA	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Juliana	Aux Fa	Asst	No	No	36.5	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Julian M	Farmac	Farmac	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURAS	
												Núm. 3	
												página	
												1 DE 1	
Verificar Dermatología (Marcar con una X las variables que avisan)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-fúngicos o antibióticos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en áreas afectadas	Fecha del Ingreso	
09-09-20	Castro Tatis	Aux Farmacia	Farmac	No	No	36.3	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencial	No	No	36.8	No	No	No	No	No		(S)
09-09-20	Karen Florez	Regente F.	Farmac	No	No	35.8	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Castro Tatis	Aux Farmacia	Farmac	No	No	36.	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Karen Florez	AUX.FARMACIA	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Nidia Salazar	Aux farmacia	Farmac	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Juliana	Aux Fa	Asst	No	No	36.5	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Julian M	Farmac	Farmac	No	No	36.5	No	No	No	No	No		(S)
10-09-20	Karen Florez	Regente F.	Farmac	No	No	36.1	No	No	No	No	No		(S)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 0100001903032
VIGILADO



Jersalud											FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FIGURAS Versión 2 May-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Evaluación de síntomas		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anestésicos	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalaje	Fatiga y Adormencia	Trabaja en una estación?	Firma del funcionario			
09-09-20	Anderson Cedeño	Jefe de Depto	C. Ext	NO	NO	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09-09-20	Zuleika Olvera	Asp. Conf	C. Ext	NO	N	36.7	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09-09-20	Diana Ibarra	Asp. Conf	Adm. Int	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09-09-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext	NO	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09-09-20	Claudia R	Asp. admin	admin	NO	NO	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
9-9-20	Juan Fonseca M	Psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.3	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
9-9-20	John W M	MD	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
9-9-20	Juan S. G. G.	MD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09/09/20	Carsten Gurr	Mech	C. Ext	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09/09/20	Paula Flores	Asp. Conf	C. Ext	NO	NO	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
9-9-20	Juan Pablo	M.D	C. Ext	NO	NO	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
09-09-20	Definición Rodríguez	H.D	C. Ext	NO	N	35.9	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10/09/20	Florencia	M.D	C. Ext	NO	NO	36	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10/09/20	Andrés Cedeño	Jefe de Depto	C. Ext	NO	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10/09/20	Jennifer Matos	T.S	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10/9/20	Joselyn	MD	C. Ext	NO	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10/9/20	GL G	MD	C. Ext	NO	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10/09/20	Zuleika Olvera	Asp. Conf	C. Ext	NO	NO	36.2	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)

Jersalud											FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FIGURAS Versión 2 May-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Evaluación de síntomas		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anestésicos	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalaje	Fatiga y Adormencia	Trabaja en una estación?	Firma del funcionario			
9/9/20	Olivera J. J.	Coord. Depto	Financiera	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
10/09/20	Esther de Cordero	Analista de Sist	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
10/09/20	Pamela Saiz	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/09/20	Juan (Jorge)	Eng. de Sist	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10-09-20	Maria Paula Lopez	Asp. Admin	Admin	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	N	(S)
10-09-20	Nubia Vasquez	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
10-09-20	Devi Tapia	Asp. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09-09-20	Andrés Parada	Analista de Sist	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
10-9-20	Joson Lopez	Ing. de Sist		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos de Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloroña	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
10/09/20	Luz M. Herrera	MD	CExt.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	Sandra Torres	Médico	C-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	Claudia Barco	MD	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-09-2020	Alfredo Jarama	MD	CExt	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-9-20	Juan Jarama	Psicólogo	CExt	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-09-20	Andrea Zipa	Aux Admin	AdminCE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-09-20	Zulma Betancur	Enfermera	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-9-20	José Durán	MD	CExt	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	John Lira	MD	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	Roberto Pizarro	MD	CExt	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	Carolina Camacho	MD	CExt	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	Blanca Cortés	MD	CExt	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/20	Luz Lucía Torres	Nutriera	CExt	NO	NO		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												
Fecha	Nombres y Apellidos de Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)								
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloroña	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
04/09/20	Sofía Chavarro	Apoy Adm	ADRE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Sonia Pina	Aux. farm	ASIST	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Diana Arango	Enfermera	ASIST.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Hidalys Triana	Aux. Adm	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-9-20	Lina Arango	Asist Adm	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Jairo Zabala	Reg. Farm	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Miguel Velásquez	Aux farm	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-9-20	Olivero Gheset	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Rafael Gómez	MD	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Glenn Avendaño	coordinador	Asist	NO	SI	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/09/20	Orlando Cortés	Aux adm	ADM	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



SALIDA

FIGAM003
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 aplican)							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	Ondifagia	Fatiga y Adinamia		¿Trabaja en otra entidad?	
04-09-20	Hidalys Triana	Aux Admin	Admini	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
4/9/20	Lina Arague	Aux Adm.	Admini	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
4/09/20	Diana Cercado	Aux. Adm	Admini	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
4/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Admini	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
04/09/20	Diana Acebo	Enferm	ASISTE	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
04/09/20	Sonia Pava	Aux farm	ASIST.	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
04-09-20	Gloria Acendón	Coordinador	ASIST	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
04/09/20	Mujica Velazquez	ASISTENTE	ASIST	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mujica

FIGAM003
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 aplican)							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	Ondifagia	Fatiga y Adinamia		¿Trabaja en otra entidad?	
05-09-20	Nancy Velazquez	Aux Admin	ASIST	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
05-09-20	Lenin Rosendo	MEDICO	ASIST	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lenin
05-09-20	Nancy Moguel	Medico	ASIST	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
5-9-20	Lina Arague	Aux Adm	Admini	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
5-9-20	Gloria Acendón	Coordinador	ASISTENTE	NO	SI	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
5/9/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Admini	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000190333
VIGILADO



FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Salida

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 acetaminófilos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adormi			
08-09-20	Lina Alaguer	Aux Adm	Acty	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
08-09-20	Hedaly Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
08-09-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
08-09-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
08-09-20	Ornata Acebo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
08-09-20	Clara Avendaño	coordinadora	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
08-09-20	Ornata Acebo	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
08-09-20	Sonia Pira	Aux farm	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
08-09-20	Miguel Veloz	Aux farm	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel

FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Entrada

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 acetaminófilos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adormi			
09-09-20	Lina Alaguer	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
09-09-20	Hedaly Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
09-09-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
09-09-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
09-09-20	Ornata Acebo	Medica	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
09-09-20	Ornata Acebo	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
09-09-20	Ornata Acebo	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
09-09-20	Clara Avendaño	coordinadora	Asistencial	NO	SI	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
09-09-20	Sonia Pira	Aux farmacia	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
09-09-20	Miguel Veloz	Aux farm	Asist	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel

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 antiinflamatorios o acetaminófilos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adormi			
09-09-20	Hedaly Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
09-09-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
09-09-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia
09-09-20	Ornata Acebo	Medica	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
09-09-20	Lina Alaguer	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
09-09-20	Ornata Acebo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
09-09-20	Ornata Acebo	Aux Adm	ADM	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ornata
09-09-20	Clara Avendaño	coordinadora	Asistencial	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Clara
09-09-20	Sonia Pira	Aux farm	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
09-09-20	Miguel Veloz	Aux farm	Asist	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



FIGA003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

entrada,

Fecha	Nombres 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?			
09-20	Lina Arroyave	Aux. Act-4	ALM	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lin
10-09-20	Lina Zabala	Reg. Farea	Asis	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
10-09-20	Sonia Pina	Aux. Farea	Asist	NO	NO	35.9°C	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
10-09-20	Sonia Pina	Aux. Farea	Asist	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
10-09-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
10-09-20	Diana Acevedo	Aux. Enfer.	Asist.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
10-09-20	Hudely Triana	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hudely
10-09-20	Glenn Anderson	Coordinador	Asis. Area	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

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 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?			
09-20	Sandra Pabon	Aux. Activo	Unif. Front	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
09-20	Linda Ruth B.	Aux. Farea	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Linda
09-20	Marcela B.	Aux. Act	ALM	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela
09-20	Milena Puentes	Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milena
09-20	Geidy	Reg. de	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Geidy
09-20	Carmen	MD	Colo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
09-20	Carmen Vaccaro	Aux. Farea	Aux. Far	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
09-20	Daisy Vargas	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
09-20	Daisy Carolina	Coordinador	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
09-09	Celeste	MD	Colo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Celeste
09-09	Diana Romero	Aux. Activo	Unif. Front	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
09-09	Danyel D	Aux. Farea	Farmacia	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Danyel
09-09-20	Sebastian Rivero	Medico	Colo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
09-09-20	Elaine	Medico	Colo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elaine
09-09	Celeste	MD	Colo	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Celeste

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

VIGILADO



Jersalud FIGAA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
05-09-20	Sandra Malaver	Aux. Activo	Línea Frente	SI	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
05-09-20	Rebastón Rivero	Médico	Cent	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
5-09-20	Ludi Beltrán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-09-20	Daryana D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-09-20	Sergio Galy	Reporte	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-09-20	Deidy Vargas	Asistencia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-9-20	Carla Camilo	NO	Cent	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-9-20	Carmin Caceres	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-09-20	María Leticia	Coord	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud FIGAA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
07-09	Sandra Malaver	Aux. Activo	Línea Frente	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
7-9	María Constanza B.	Aux. adm.	Stov	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
7-9	Daryana D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/20	MILGVA QUINERO	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Deisy Carolina	Reporte	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Deidy Vargas	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Carla Camilo	NO	Cent	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Carla Romero	Aux. Activo	Línea Frente	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/09/20	Carmin Caceres	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07/09/20	Sergio Galy	Reporte	Farmacia	No	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-09-20	Ludi Fuh Beltrán	Aux. Farmacia	Farmacia	No	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-09-20	Rebastón Rivero	Médico	Cent	No	NO	36	No	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-9-20	Elida Jorgina	Médico	C-EXI	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7-9-20	Daryana D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
08-09	Ana Romero	Aux. del Hto	Línea Frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
08-09	Luis Roberto Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.54	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis R
8-09	María Constanza B	Aux. Adm	SIVU	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	AMB
08/09/20	MILENA QUINERO	ASISTENTE	ASISTENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
08-09-20	Sergio Celis	Receptor	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
08-09-20	Deisy Vargas	Aux. enfermera	Quimica	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
08-09	Sandra Malaver	Aux. Activa	Línea Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
08-09-20	Sebastián Liera	Medico	CENT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián
9-9-20	Olivia Lopez	Medica	C.EXT	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Olivia

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
9-09-20	María Constanza B	Aux. Adm	SIVU	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	AMB
9-09	Ana Romero	Aux. del Hto	Línea Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
9-09	Luis Roberto Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis R
09/09/20	MILENA QUINERO	ASISTENTE	ASISTENTE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
09-09	Sandra Malaver	Aux. Activa	Línea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
09-09	Carmen Cáceres	Aux. Farm	Farmacia	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
09-09	Dyanna Dy	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dyanna
09-09	Deisy Vargas	Aux. enfermera	Quimica	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
09-09-20	Deisy Vargas	AUX. enfermera	Quimica	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
09-09-20	Olivia Lopez	Medica	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
09-09-20	Sandra Malaver	Aux. Activa	Línea Frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
09-09-20	Sergio Celis	Receptor	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
09-09-20	Sebastián Liera	Medico	CENT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián
9-8-20	Olivia Lopez	Medica	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Olivia
09-09-20	Deisy Vargas	Aux. enfermera	Quimica	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy

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



Jersalud												FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												may 20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolón	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
10-9	Sandra Malaver	Aux. Activa	Línea Frontal	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Sandra
10-09	Luzmila Quiroga	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Luzmila
10-9	Deyana D. Alvarez	Farmacéutica	Farmacia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Deyana
10-9	Deisy Carolina Linares	Coordinadora	Admón	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Deisy
10/09/20	MILENI QUIROGA	Coordinadora	ASISTENCIA	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Mileni
10.09.20	Sergio Celis	Regente	Regente	No	No	34.0	No	No	No	No	No	No	Sergio
10/09/20	Carimen Caceres	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Carimen
10/9/20	Carmen Camillo	MD	Cent	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Carmen
10/09	Alexander	MD	Cent	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Alexander
10-09	Deisy Vargas	Asistente	Asistencia	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Deisy
10-09	Ana Romero	Asistente	Línea Frontal	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Ana
10-09-20	Sébastien Rivero	Médico	Cent	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Sébastien
10.9.20	Elvira Reyes	Medica	Cent	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Elvira

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Chiquinquirá

Jersalud												FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												may 20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
1/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Erika
2/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Erika
3/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Erika
4/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	Erika
5/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	34.6	No	No	No	No	No	No	Erika
7/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Erika
8/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Erika
9/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Erika
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	Erika
11/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Erika
12/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Erika
14/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Erika

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
7/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									
12/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL									

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería									
14/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería									

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.20	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.50	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	3.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA									
12/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA									
14/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea de Consulta Normativa: 01800010302
VIGILADO



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
2/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
3/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
4/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
5/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
7/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
8/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
9/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
10/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SAMIRA
11/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										
12/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										
14/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
2/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
3/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
4/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
5/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
7/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO 36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
8/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
9/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILADY
11/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
2/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
3/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
4/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
5/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
7/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
8/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
9/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
10/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JENNIFER
11/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
3/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
4/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
7/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
8/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
9/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
11/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO										
12/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO										
14/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	ALUMNA ADMINISTRATIVO	ALUMNA ADMINISTRATIVO										

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
2/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
3/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
4/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
5/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE				Sabado	Libre					Leidy
7/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
8/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
9/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
11/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE										
12/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE										
14/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE										

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800910303
 Línea Correo Nacional: 0800010303



6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FISIA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellido 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	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
9-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-9-20	Fanny Carcedo	Aux Enfer	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
09-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
09-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-09-20	Armando I. Domínguez	Médico	CG	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FISIA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellido 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	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
09-20	Leidy Castillo	Regente de farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy C
9-20	Leidy Castillo	Regente de farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy C
09-20	Leidy Castillo	Regente de farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy C
09/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
09/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	De
09/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
10/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
9/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
10/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	De
10/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
10/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
10/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
10/20	Diana Gantica	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De
9-20	Fanny Carcedo	Aux Enf	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	De

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



(Jersalud)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

versión 2
 may 20
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinofagia	Fatiga y Adinamia			
04-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	35.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
07-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
07-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10-09-20	Mery Camelo	Aux Administrat	Lineadef	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
01-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
01-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
07-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
07-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
08-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
08-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
09-09-20	Jeddy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Guatemala

(Jersalud)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGMA003
 Versión 2
 may 20
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinofagia	Fatiga y Adinamia			
4-9-20	Yanibe Velasquez	aux farmacia	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
4-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
7-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
7-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
8-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
8-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
9-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
9-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
10-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU
10-9-20	Yanibe Velasquez	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	HU

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Guatemala, D.C.
 Unidad Central Operativa - 01500010303
VIGILADO



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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en área crítica?	Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de la nariz	Falga y Adiantos			
4/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
4/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
5/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Daniela
5/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
7/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
7/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Daniela
8/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
8/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
9/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
9/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela
10/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Daniela
10/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No		No	No	No	No	No	No	Daniela

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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en área crítica?	Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de la nariz	Falga y Adiantos			
4/09/20	Melina Pupo Leon	Medico G	Consultas	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Melina
4/09/20	Melina Pupo Leon	Medico G	Consultas	No	No	37.1	No	No	No	No	No	No	Melina
7/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	Melina
7/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Melina
8/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	Melina
8/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	37.9	No	No	No	No	No	No	Melina
9/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Melina
9/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	Melina
10/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Melina
10/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultas	No	No	34.9	No	No	No	No	No	No	Melina

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio Nacional, 010000190332
 VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
04/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
07/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
08/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10/09/20	Yely Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO

6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGA003 Versión: 2 may-20	
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	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
4/09/2020	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.1	0	0	0	0	0	[Firma]
4/09/2020	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.4	0	0	0	0	0	[Firma]
4/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	35.9	0	0	0	0	0	[Firma]
7/09/2020	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.0	0	0	0	0	0	[Firma]
7/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea de Atención al Cliente: 01800010302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
8/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.1	0	0	0	0	0	[Firma]
8/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.4	0	0	0	0	0	[Firma]
8/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	NO	NO	40	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.4	0	0	0	0	0	[Firma]
9/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.6	0	0	0	0	0	[Firma]
9/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	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 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	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
10/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.1	0	0	0	0	0	[Firma]
10/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	0	0	36.4	0	0	0	0	0	[Firma]
10/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE, LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JAIIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

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	Odonofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-04	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-04	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-04	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-04	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-04	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-04	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-04	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO		

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿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	Odonofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-07	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-07	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-07	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-07	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-07	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-07	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-07	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	37.6	NO	NO	NO	NO	NO		

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿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	Odonofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-08	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	LUIZ MENDY ORTEGA MENJURA	FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-08	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO		

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

www.jersalud.com



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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Carga	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	Otorragia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-09	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-09	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		

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	Carga	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	Otorragia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-10	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-10	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-10	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-10	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-10	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-10	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-10	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		



5.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

5.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
VILLAVICENCIO												
Versión 2												
1 DE 1												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
10-09-20	Jessica Cardona	Medico	Asistenc.	no	no	36.	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Guinea Arango	Medico	Asistenc.	no	no	36.8	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Cesar Guerrero	Medico	Asistenc.	no	no	36.8	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Argenis Parra	Auxiliar	Asistenc.	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Leidy Osada	odontólogo	Asistenc.	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Wilma Yobai	Coordinador	Asistencia	no	no	36.	no	no	si	no	no	[Signature]
10-09-20	Rubén Ruiz	Auxiliar	Asistencia	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Cardina Barb	Aux. farmacia	Asistencia	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Angie Machado	Aux. farmacia	Asistencia	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Paola Talleda	Aux. farmacia	Asistencia	no	no	36.7	si	no	si	no	no	[Signature]
10-09-20	Jhanna Cruz	Am. farmacia	Asistencia	no	no	36.	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Jessica Carr	Asistente	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Signature]

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
VILLAVICENCIO												
Versión 2												
1 DE 1												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
10-09-20	Jessica Carr	Asisten Adm	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Luzmila Reina	ingeniero	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Isabel Inares	Jefe enfer	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Diana Duarte	Gerente	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Roth Baquero	Jefe enfer	Asistenc	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Giulia Torres	Aux. farmacia	Asistenc	no	no	36.8	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Liliana Chacon	paciente	Asistenc	no	no	36.3	si	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Patricia Ching	Aux. farmacia	Admin	no	no	36.	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Alexandra Parra	Aux. labora	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Mindy Romero	Aux. labora	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Florina Nascario	Aux. farmacia	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Waddy Torres	Jefe enfer	Asistenc	no	no	37.	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Adriana Rey	Regente	Asistenc	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Andrés García	Regente	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Gabriel Babilonia	Aux. farmacia	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Enika Hernandez	Aux. farmacia	Asistenc	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Xiomara Díaz	Aux. farmacia	Asistenc	no	no	36.9	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Vanessa Parada	Aux. farmacia	Asistenc	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Carla Roca	Aux. farmacia	Admin	no	no	37.1	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Juli Bettrán	Aux. farmacia	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Diana Becerra	Aux. farmacia	Admin	no	no	36.9	no	no	no	no	no	[Signature]
10-09-20	Diana Leon	Medico	Asistenc	no	no	37.	no	no	no	si	no	[Signature]
10-09-20	Yuli Rojas	Medico	Asistenc	no	no	37.	no	no	no	no	si	[Signature]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Anemia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
9-09-20	Ruth Pasquier	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth
9-09-20	Grecia Jellez	Aux enferme	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Grecia
9-09-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	Liliana
9-09-20	Diany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diany
9-09-20	Soleidad Linares	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Soleidad
9-09-20	Sebastian Falla	Aux admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
9-09-20	Duvan Villegas	Analista de facturación	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan
9-09-20	Karen Melo	Jefe admin y TI	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
9-09-20	Auro Londoño	Analista de SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Auro
9-09-20	Gabriel Babilonia	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel
9-09-20	Ledy Velasquez	medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Ledy
9-09-20	Yamile Sabogal	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile
9-09-20	Luz Ramirez	Ambiente Fisic	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
9-09-20	Patricia Comanso	Ambiente Fisic	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
10-09-20	Sebastian Falla	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
10-09-20	Duvan Villegas	Analista Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan
10-09-20	Karen Melo	Jefe Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Karen

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Anemia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
9-09-20	Katherine Chigote	Aux admin	Admin	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine
9-09-20	Yuli Beltran	Aux admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli
9-09-20	Auro Roca	Aux admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Auro
9-09-20	Raquel Tullibita	Aux admin	Admin	NO	NO	36.4	SI	NO	SI	NO	NO	Raquel
9-09-20	Diego Bocanegra	Aux admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
9-09-20	Ledy Oyeda	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy
9-09-20	Argenis Barrera	Aux odontolo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Argenis
9-09-20	July Rojas	medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	July
9-09-20	Jovana Cordoba	medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana
9-09-20	Xarina Arango	medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Xarina
9-09-20	Cesar Guerrero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
9-09-20	Vanessa Parado	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa
9-09-20	Edgar Garcia	Regente Farmacia	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Edgar
9-09-20	Frica Hernandez	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Frica
9-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jose
9-09-20	Joddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Joddy
9-09-20	Adriana Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroideos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar síntomas/signos (Marcar con X si va varias que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ortofagia	Fatiga y Adinamia			
8-09-20	Berena Estuba	Estado Ancla	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Adriana Rey	Trabajadora Ser	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Marly Romero	Aux laborator	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Katherine Chigote	Aux admia	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Patricia Comara	ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Luz Ramirez	ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Wilson Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Angie Muchado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Xiomara Olaver	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Daniela Carrera	Aux admia	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Wilder Novoa	Reparte Formo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Maria Novarra	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Alexandra Pardo	Aux laborator	Asisten	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9-09-20	Mery Reina	Aux Laboratorio	Asis	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroideos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar síntomas/signos (Marcar con X si va varias que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ortofagia	Fatiga y Adinamia			
8-09-20	Eduardo Rog	Medico Labor	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Johana Ureya	ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Jenny Gutierrez	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Greccia Felice	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.3	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Sandra Penaloza	Prof Calidad	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Salvador Linares	Coordinador	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Miquel Reina	Ing soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Sebastian Folia	Aux admia	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Diana Villegas	Analista facturación	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Karen Melo	serb admia y JH	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Angel Cardenas	Aux Farmacia	Asistencial	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8-09-20	Leidy Velasquez	medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
8-09-20	Yamile Sabagal	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
	Leidy Ojeda	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva de Operación y Control
 Línea Control Nacional: 01800019303

VIGILADO



Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		
												Ejemplar 2		
												may 20		
												1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar e Inconfortable (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en esta entidad?	Firma del Trabajador	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormencia				
8-09-20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Edgar Garcia	Regente Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Xiomara Olaya	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Pada Tulibita	Aux admia	Admia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Yuli Beltran	Aux admia	Admia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Aura Roa	Aux admia	Admia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Niego Bocanegra	Aux admia	Admia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Maria Navarro	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	July Rojas	medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Jovana Cordoba	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Karina Arango	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Cesar Guerrero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Argelis Barrera	Aux odontologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Wilson Torres	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8-09-20	Saddy Torres	Extenora Prot	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Vanessa Porada	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
	Frica Hernandez	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		
												Ejemplar 2		
												may 20		
												1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar e Inconfortable (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en esta entidad?	Firma del Trabajador	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormencia				
07-09-20	Gracia Feliza	Aux enfermeria	Asisten	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Liliana Chirac	Asistencial	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Maly Romero	Aux laborat	Asisten	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Katherine Chung	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Isabel Maria Parra	Aux laborat	Asiste	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Sandra Penal	P. Calidad	Admin	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Esther Sanfela	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Rodriguez Villegas	Analista	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Karen Melo	Asistente Adm	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Adriana Pery	T. Social	Asisten	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Jessica Carron	Asistente Adm	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Lidy Velasco	Medico	Asisten	NO	SI	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Yamile Salazar	Medico	Asisten	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Patricia Carrion	A. Fisico		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Cecilia Ramirez	A. Fisico		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
 VIGILADO



Jersalud												FIGMA003 Versión 2 09/12/18 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimetabólicos o acetaminolén	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
27-09-20	Yoli Beltran	Aux.Admin	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	Yoli B
27-09-20	Arcia Piza	Aux.Admin	Admin	no	no	37.	no	no	no	no	no	no	Arcia P
27-09-20	Paola Talabá	Aux. Enferm	enferm	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	Paola T
27-09-20	Yoli Rojas	Medico	Asisten.	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Yoli R
27-09-20	Ismael Cardenas	Medico	Asisten.	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	Ismael C
27-09-20	Guina Arango	Medico	Asisten.	no	no	36.9	no	no	no	no	no	no	Guina A
27-09-20	Lesly Garcia	Medico	Asisten.	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	Lesly G
27-09-20	Argenis Barrant	Aux. odontol	Asisten.	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	Argenis B
27-09-20	Clidy Gredes	odontolog	Asisten.	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Clidy G
27-09-20	Reddy Torres	Entarm	Asisten.	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	Reddy T
27-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asisten.	no	no	37.1	no	no	no	no	no	no	Jose R
27-09-20	Edgar Garcia	Legen-t	Asisten.	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	Edgar G
27-09-20	Xiomara deya	Aux farmacia	Asisten.	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	Xiomara D
27-09-20	Yanessa Parada	Aux farmacia	Asisten.	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	Yanessa P
27-09-20	Liliana Chacon	Aux farmacia	Asisten.	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	Liliana C
27-09-20	Johana Ortega	Aux. serco	Admin.	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	Johana O
27-09-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enferm	Admin.	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	Jenny G

Jersalud												FIGMA003 Versión 2 09/12/18 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimetabólicos o acetaminolén	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
5-09-20	Ingrid Cardenas	Aux Farmacia	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Ingrid C
5-09-20	Vanessa Parada	Aux Farmacia	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Vanessa P
5-09-20	Erica Hernandez	Aux Farmacia	Asistencia	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	Erica H
5-09-20	Xiomara Ojeda	Aux Farmacia	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Xiomara O
5-09-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencia	no	no	36.4	si	no	no	no	no	no	Liliana C
5-09-20	Alexandra Pardo	Aux laboratorio	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Alexandra P
5-09-20	Sandra Pitala	Prof. cocina	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	Sandra P
5-09-20	Diana Duarte	Gerente	Admin	no	no		no	no	no	no	no	no	Diana D
5-09-20	Sebastian Pallas	Aux admin	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	Sebastian P
5-09-20	Duvan Villegas	Analista de facturación	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	Duvan V
5-09-20	Karen Melo	Tele admin y TI	Admin	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Karen M
27-09-20	Mojib Machado	Aux farmacia	Asisten.	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	Mojib M
27-09-20	Robi Pizarro	Aux farmacia	Asisten.	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	Robi P
27-09-20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asisten.	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	Carolina B
27-09-20	Wilder Norcia	Coordinador	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	Wilder N
27-09-20	Daniela Carrero	Aux. serco	Admin.	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	Daniela C
27-09-20	Mariencarmen	Aux enferm	Asisten.	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	Mariencarmen

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0180001910333
VIGILADO



5.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Asignación	Está tomando medicamentos antiinflamatorios o acetaminoleno	Se le ha tomado contacto con el trabajo con caso confirmado por muestra con resultado positivo	Fiebre por encima de 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en este estado?	Firma del trabajador
2020-09-07	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-07	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	SI	IMNA MENDIETA
2020-09-07	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	Jorge Clavijo
2020-09-07	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-07	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-07	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-08	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-08	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	IMNA MENDIETA
2020-09-08	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	Jorge Clavijo
2020-09-08	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-08	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-08	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-09	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Jorge Clavijo
2020-09-09	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	IMNA MENDIETA
2020-09-09	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-09	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-09-09	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-10	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-10	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-10	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	IMNA MENDIETA
2020-09-10	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	Jorge Clavijo
2020-09-10	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-10	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-10	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

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



5.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FOGAAD03 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar: sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
20-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
21-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO		
24-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
25-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO		
26-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO		
27-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
28-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO		
29-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO		
30-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO		
01-09-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO		
02-09-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
03-09-20	Liliana Rojas	A-Enf	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO		
04-09-20	Liliana Rojas	A-Enfer.	Linea Frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO		
07-09-20	Liliana Rojas	A-Enfer.	Linea Frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO		
08-09-20	Liliana Rojas	A-Enfer.	Linea Frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO		
09-09-20	Liliana Rojas	A-Enfer.	Linea Frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO		
10-09-20	Liliana Rojas	A-Enfer.	Linea Frente	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO		

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FOGAAD03 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar: sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
25-08-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO		
26-08-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO		
27-08-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO		
28-08-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO		
29-08-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO		
31-08-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		SI	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO		
01-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
02-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		SI	NO	35.9	NO	NO	SI	NO	NO		
03-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		SI	NO	36.00	NO	NO	SI	NO	NO		
04-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		SI	NO	35.5	NO	NO	SI	NO	NO		
07-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
08-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
09-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO		
10-09-20	Leidy Morales	Regente Farmacia		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO		



5.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												PUNTO DE SALUD	
												Unidad 2	Unidad 1
Fecha	Actividad que realiza el trabajador	Área	Atención que presta	¿Está en condiciones adecuadas de salud para desempeñar su actividad?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso para el desarrollo de su actividad?	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Edema al Respirarlo	Olorología	Falta y Hinchazón	¿Trabaja en esta actividad?	Nota del Asesorado	
2019-09-02	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-04	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-04	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-04	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-04	RODRIQUE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-04	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-05	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-05	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-05	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-05	RODRIQUE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-07	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-07	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-07	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-07	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-07	RODRIQUE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-08	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-08	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-08	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-08	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-08	RODRIQUE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-09	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-09	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-09	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-09	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												PUNTO DE SALUD	
												Unidad 2	Unidad 1
Fecha	Actividad que realiza el trabajador	Área	Atención que presta	¿Está en condiciones adecuadas de salud para desempeñar su actividad?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso para el desarrollo de su actividad?	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Edema al Respirarlo	Olorología	Falta y Hinchazón	¿Trabaja en esta actividad?	Nota del Asesorado	
2019-09-09	RODRIQUE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-10	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-10	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-10	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-10	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	
2019-09-10	RODRIQUE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	10/30	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, E. 010001010002



5.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Número y Ppe Usado 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	Otorrinología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
4/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
4/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
7/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
7/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/9/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
7/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

8/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
8/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
8/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
9/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
9/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
9/9/2020	MARLA ZAPATA	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
10/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	MARLA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
10/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 018000190383
VIGILADO



5.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaloga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en día rodado?	
07 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
07 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
07 Sep	Ulilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
07 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
07 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaloga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en día rodado?	
07 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
07 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Ulilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
07 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
07 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
07 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
07 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	32.6	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01600010303
 Línea Correo Electrónico: 01600010303



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	Esta consultando medicamentos, suplementos o acetonitrilo?		Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					
				NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del funcionario	
08 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	38.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			36.0							
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
08 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
08 Sep	America Bonera					35.4							
08 Sep	Diana Luna					34.3							
08 Sep	Nelsy Miranda					34.9							
08 Sep	Martina Cordoba					35.6							

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	Esta consultando medicamentos, suplementos o acetonitrilo?		Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					
				NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del funcionario	
SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
S	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial			35.6							
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
SEP	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Vigilado



Jersalud FICSA003
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 epidemiología (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	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra ciudad?		
09 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
09 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	America Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	

09 Sep. Diana Luna, 36.2, Diana Luna

Jersalud FICSA003
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 epidemiología (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	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra ciudad?		
09 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
09 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
09 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	America Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
09 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	

09 Sep. Diana Luna, Nelsy Miranda, Mariana Córdoba, 34.2, 35.4, 36.1, Diana Luna, Nelsy Miranda, Mariana Córdoba

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 018000910303
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 apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por PCR o enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	Trabaja en una sala?	Firma del funcionario	
9 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
9 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
9 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
9 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
9 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
9 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	America Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	DIANA LUVA			NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9 Sep	Nelsy Miranda.			NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por PCR o enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	Trabaja en una sala?	Firma del funcionario	
10 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
10 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial			35.7							
10 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
10 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
10 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
10 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	America Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Electrónico: 018000190303
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 con síntomas de fiebre, tos o cough/cough	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolencia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
14 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
17 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	NO	
17 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
17 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial			35.4							
17 Sep	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
17 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
17 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
17 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI		
17 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI		
17 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Arlyn Vette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
17 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está con síntomas de fiebre, tos o cough/cough	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolencia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
11 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	NO	
11 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
11 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
11 Sep	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
11 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
11 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
11 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI		
11 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI		
11 Sep	Angela lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO		
11 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Arlyn Vette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000190383
VIGILADO



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

REPORTE DE SINTOMAS COVID-19 PLATAFORMA ALISTA JERSALUD S.A.S												
NOMBRE EPS	NIT EMPRESA	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 14:27:28	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 14:25:19	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 14:18:18	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 14:02:47	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 12:39:51	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 12:36:14	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 12:33:11	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 12:32:58	CC	50916656	CACERES	ÑUSTEZ	CARMEN	CECILIA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 12:24:18	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 11:57:49	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 11:23:40	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 11:13:21	CC	1116774825	OJEDA	PARALES	SARA	NOHEMI	CASANARE	YOPAL	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 10:36:58	CC	51990459	ORTEGA	MENJURA	LUZ	MENDY	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 10:14:05	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOPIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 10:07:03	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 10:00:07	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 09:54:11	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 09:53:24	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 09:47:08	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 09:45:36	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 09:31:43	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 09:13:01	CC	86056869	GARCIA	PORRAS	EDGARD	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:50:40	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:41:46	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:39:17	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:38:02	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:31:03	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:25:13	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:25:02	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:08:18	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO



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



E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:07:00	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 08:05:41	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:58:29	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:40:10	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:39:14	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:37:54	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:26:24	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:25:56	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:24:36	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:24:14	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:23:18	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:21:14	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:14:34	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:13:41	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:12:46	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:11:01	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:03:42	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:02:34	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:02:14	CC	1049795603	VELASQUEZ	HERNANDEZ	YANIBE	DEL ROSARIO	BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 07:00:37	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 06:54:51	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 06:31:28	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	10/09/2020 06:20:14	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 20:50:04	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 20:15:43	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 19:47:53	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 18:58:06	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 18:01:51	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 17:59:26	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 17:55:36	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 17:51:13	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 17:36:00	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 17:32:53	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 15:32:27	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 15:00:52	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 13:35:16	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 13:30:14	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 13:12:07	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACIOP EPS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 12:58:45	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 12:35:08	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 12:08:42	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 12:05:14	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAJACIOP EPS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 11:47:59	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:54:05	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:52:31	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:52:27	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:44:05	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:35:40	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:22:12	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 10:03:34	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 09:50:47	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 09:45:30	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 09:27:31	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:50:47	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:47:41	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:42:18	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:40:45	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:39:33	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:37:18	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:32:30	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:32:03	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:30:37	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:04:05	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:03:21	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 08:03:10	CC	86056869	GARCIA	PORRAS	EDGARD	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:56:07	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:54:44	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:44:56	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:31:13	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:27:51	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:27:21	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:27:17	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:22:23	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:20:27	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:17:47	CC	50916656	CACERES	ÑUSTEZ	CARMEN	CECILIA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:14:25	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:14:23	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:13:03	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:08:22	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 07:01:22	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 06:59:06	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 06:51:07	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	09/09/2020 06:18:11	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 20:43:40	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 20:11:10	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 18:57:14	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 18:25:23	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 18:22:46	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 18:00:51	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 17:36:44	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 17:32:12	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 16:58:03	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 16:06:57	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 15:21:01	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 14:49:12	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 14:40:14	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 14:37:22	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 14:24:56	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 14:15:57	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 14:09:14	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 13:47:12	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 13:29:57	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 13:22:14	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 13:13:45	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 12:58:47	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 12:50:16	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 12:07:10	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 11:59:37	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 11:52:12	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 11:51:53	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 11:51:31	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 11:50:44	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 10:54:02	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 09:44:04	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 09:32:37	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 09:31:27	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 08:51:02	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 08:18:56	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 08:08:41	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:52:40	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:49:41	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:42:00	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:38:47	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:38:16	CC	86056869	GARCIA	PORRAS	EDGARD	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:29:02	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:26:41	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:24:22	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:22:12	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:14:31	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:10:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:09:13	CC	50916656	CACERES	ÑUSTEZ	CARMEN	CECILIA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:08:44	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:06:30	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:03:56	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:02:51	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 07:00:35	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 06:59:17	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 06:59:03	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 06:58:16	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 06:49:06	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	08/09/2020 04:44:03	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 22:13:17	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



CAJACIOP EPS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 21:51:48	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 20:14:49	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 18:16:19	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 18:03:30	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 17:24:29	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 17:08:32	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 17:07:07	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 16:36:16	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 16:16:54	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 15:46:18	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 15:21:22	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 15:17:17	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 15:01:15	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 14:20:45	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 14:19:53	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 14:18:44	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	META	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 14:11:58	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 13:35:41	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUOVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 13:26:06	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 13:24:47	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUOVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 13:05:57	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 12:46:35	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	SI
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 12:45:01	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 11:51:10	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUOVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 11:25:19	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUOVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 11:19:43	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 10:47:55	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 10:25:10	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 10:24:34	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 10:21:17	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 10:08:49	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 09:51:44	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 09:45:20	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:46:50	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUOVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:42:15	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUOVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:33:36	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:33:12	CC	86056869	GARCIA	PORRAS	EDGARD	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:28:41	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:24:41	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:12:20	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:03:10	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 08:01:59	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:59:14	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:46:02	CC	1121872800	NOVOA	BORIA	WILDER	JULIAN	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:44:59	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:32:55	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:22:43	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:22:29	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:22:07	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:17:10	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:16:37	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:16:16	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:16:13	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:13:31	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:12:56	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:12:39	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:10:51	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:09:20	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:08:32	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:08:21	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:06:56	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 07:06:20	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 06:57:35	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 06:55:21	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 06:39:07	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 06:21:11	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	07/09/2020 06:08:25	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 22:09:53	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 20:55:34	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 19:32:16	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 19:13:55	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



CAJACOPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 13:03:49	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 11:45:07	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 07:59:03	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 07:49:02	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 07:08:09	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 06:50:48	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 06:05:41	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	06/09/2020 06:04:50	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 21:04:31	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 19:32:28	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 19:09:00	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 17:07:06	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 16:08:16	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 12:53:06	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 12:19:24	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 08:47:47	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 08:36:11	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 08:12:03	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:33:48	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:13:13	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:12:57	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:08:33	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:05:07	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:03:21	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 07:01:48	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 06:47:09	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	05/09/2020 06:08:19	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 21:11:05	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 18:15:15	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 17:48:52	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 17:48:29	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 17:27:42	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 16:56:26	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 16:44:13	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 16:23:06	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 16:01:40	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 15:27:02	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 15:18:45	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 15:18:41	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 15:01:13	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 14:33:57	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 14:33:16	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 14:24:07	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 14:20:13	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 14:07:23	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 13:46:52	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 13:27:48	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 12:26:29	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 12:24:56	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 12:09:49	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 11:57:52	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 11:34:38	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 11:30:43	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 11:13:55	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 11:05:58	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 10:59:47	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 10:47:55	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 10:24:21	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 10:11:26	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:45:52	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:44:52	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:44:41	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:35:06	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:32:54	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:25:45	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:23:39	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:23:01	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:22:08	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:20:02	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



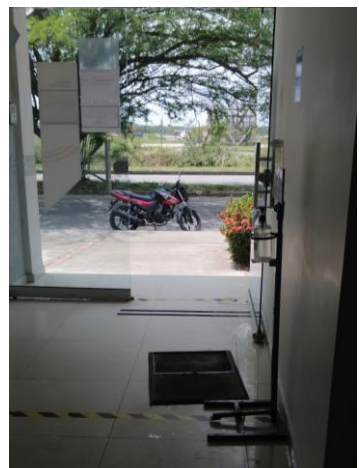
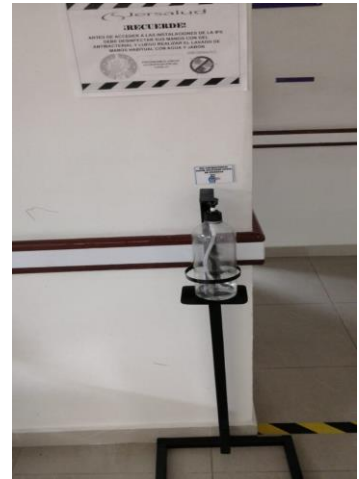
F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 2 de Septiembre**



COOMEVA E.P.S. S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 09:05:35	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:57:44	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:47:06	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:38:16	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:23:37	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:13:36	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:12:14	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:12:01	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 08:03:29	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:55:13	CC	1048846141	CASTILLO	MORALES	LEIDY	ANDREA	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:42:52	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:32:53	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:31:42	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:20:27	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:16:04	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:14:54	CC	50916656	CACERES	ÑUSTEZ	CARMEN	CECILIA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:14:49	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:13:47	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:13:15	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:12:56	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:12:32	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:10:10	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 07:09:27	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 06:59:38	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 06:56:01	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	900622551	JERSALUD SAS	04/09/2020 06:43:24	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO



6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 018000910302



6. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	540	150		390	27	2		25
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	8			8	300	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	1600	235		1365	530	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

TUNJA



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	720	100		620	8		10	18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	9			9	300	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	750	100		650	290	30

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20		20	40		6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	359	30		329	20			20

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
GAFAS				GORROS					



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020				DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	9			9	0	40	300	260
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	400	100		300	300	30		270
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	6			6

CHIQUINQUIRÁ

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	330	50		280	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	60	20		40
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS



	RA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	850	50		800	160	10		150
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	3			3

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	60	10		50	18			18
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	70	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	250	50		200	40	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS						

MONQUIRÁ



	JERSALUD SAS	20			20	2			2
--	--------------	----	--	--	----	---	--	--	---

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	60	10		50	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	70	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	350	50		300	50	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	360	10		350	10			10



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	80	10		70

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	50	50		0	50	10		40

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	150	10		140	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	170	10		160

SOATA



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	350	50		300	50	10		40
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	1000		1800	2800	30		135	165
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	23			23	2600	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	1300		1400	2700	1200	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS

ALMACEN



	RA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100		50	150	45			45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	2000	120	0	1850	13	3	0	13

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	18	1	0	17	560	100

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	94	13	0	90	260	8

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	5	0	0	5	5	0

www.jersalud.com



7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	4	2		2 CAJAS	12	0	10	22

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	ACACIAS	0	0	0	0	100	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	ACACIAS	33	1		30	60	10

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0



7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD	5 CAJAS	1	0	4 CAJAS	13 UNIDAD	0 UNIDAD	0	13 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD	1	1	0	0	0 UNIDAD	0 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 4 CAJAS TALLA S	0	0	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 4 CAJAS TALLA S	45 UNIDAD	9 UNIDAD

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD	3	0	3	3	3	0

www.jersalud.com



7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto Lopez	84	18	66	66	8	0	8	8

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	164	18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto Lopez	7	1	6	6	16	6

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		4	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	0	0

www.jersalud.com



7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitan	188	12	176	176	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto gaitan	3	0	3	3	88	12

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto Gaitan	7	0	7	7	14	6

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 10 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0

www.jersalud.com



7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	44	82	400	362	4	9	40	35

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	4	5	2	83	0

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD SAS – YOPAL	7 CAJAS	9 CAJAS	0	7 CAJAS	106	9

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5



6.2 Proyección adquisición EPP
6.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

Fecha Impresión: lunes, 07 de septiembre de 2020 12:38

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

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

Fecha: 7/09/2020 12:37:38 p. m.

CUFE: 7ee93befb9eb5ee6220547dde0248a36e78c54e42c0be7168779bede7e2e0
 de0f9f09d6c352373d1dcf1b23b1b32bb4

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

FACTURA DE VENTA N° FQE6668



Datos Generales

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FACTURACION-FQX MIOCARDIO CASTELLANA
Detalle: TRASLADO DE FARMA #461 A JERSALUD TUNJA 07-09-2020	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
100109620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		1500	0,00	0,00	\$ 7.560	\$ 11.340.000

VALOR BRUTO:	\$ 11.340.000
IVA:	\$ 0
RETEFUENTE:	\$ 283.500
RETENCIÓN IVA:	\$ 0
RETENCIÓN ICA:	\$ 46.948

VALOR NETO FACTURA: \$ 11.009.552

TOTAL: ONCE MILLONES NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/Cte.

ELABORÓ

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



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

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

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246





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

Cotización
No. C-1-462

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

Elaborado por Siglo S.A.S NIT: 830.048.145-95-4

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

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

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



FECHA DE SOLICITUD:		8-jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavieco						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000
1	BAJALENGUAS	A	CAJA	ALMACEN	300101255	41	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
10	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAM	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	300120157	30.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 7,5 CAJA	ALMACEN	300120147	800	FARMA	SUJETO A DISPONIBILIDAD
50	CATETER No 24 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101036	1.190	CMC	
50	CATETER No 22 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101035	1.190	CMC	
30	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4%, JABON QUIRURGICO F	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
2000	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
1	TAPA BOCAS NRS	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106754	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
100	NELATON No 08 SONIDA	A	PAQUETE X 50	ALMACEN	300101126	437	CMC	
200	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101080	194	CMC	CAJA X 100

FECHA DE SOLICITUD:		28-jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavieco						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
150	BATA QUIRURGICA DESECHABLE MANGA LARGA NO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300107909	7.200	TEMMOCOLOR	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$500.000
60	ESPEJULOS DESECHABLES	A	UNIDAD	ALMACEN	300101074	2.000	CMC	-
120	GASA PRECORTADA 7,5 CMS X 7,5 CMS SOBREPISO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300105074	69	CMC	-
2	CUJAS REDONDAS	A	CAJA X 100	ALMACEN	300105715	3.500	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
2	GUARDIAN PEQUEÑO 15 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300102056	2.012	GUARDIANES Y RECOLE	
10	GUARDIAN 2,5 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLE	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE DEPACHO (800.000)
2	SABANAS	A	30X12	ALMACEN	300101298	4.590	CMC	MEDIDA 2,20 X 87
2	ESPALMADO TPO HOSPITALARIO	A	TUBO SURTIDO X5	ALMACEN	300101280	34.800	CMC	
2	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
4	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
48	MICROPOROSO TRANSPARENTE DE 2 PULGADAS	A	CAJA X 12 UNIDADES	ALMACEN	300106381	8.138	CMC	
3	TORUNDAS Y 500 µm PAQUETE	A	PAQUETE	ALMACEN	300112130	10.350	CMC	
3	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO FCOX50ML	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
200	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100
700	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
7	TAPA BOCAS NRS	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	300102473	24.500	IMPAH	-
5	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106754	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
1	CITOPULADOR SPRAY	A	UNIDAD	ALMACEN	300102633	11.453	CMC	-

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



6.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**
NIT 901.222.551-7
Calle 9 No. 14-68
Tel: 8748246
Neiva - Colombia
sumfamedic@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE-137

Señores	JERSALUD SAS YOPAL	Teléfono	3213665735	Fecha de Factura	2020-09-02
NIT	900.622.551-0	Ciudad	Villavicencio - Colombia	Fecha de Vencimiento	2020-08-02
Dirección	CLL 40 23 99				

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	EPGAFAS	GAFFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	5.00	9,500.00	0 %	0 %	47,500.00
2	2452	GORROS DRUGA X 100 UND	1.00	28,500.00	0 %	0 %	28,500.00
3	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	8.00	45,000.00	0 %	0 %	360,000.00
4	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	3.00	60,000.00	0 %	0 %	180,000.00
5	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	20.00	6,950.00	0 %	0 %	139,000.00
6	TMNB	TAPABOCAS N85 REPLICA	40.00	7,000.00	0 %	0 %	280,000.00

Valor en Letras:
Un millón treinta y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-02 por \$ 1,035,000.00

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

Total Bruto	1,035,000.00
Total a Pagar	1,035,000.00

Jersalud S.A.S.
NIT: 900622551-0
RECIBIDO
N.º B. 07-09-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en esta título - Valor, Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses Responsable de IVA - Actividad Económica Tarifa 3,5



EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.
Bogotá: 336-7070 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



7. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Karen Melo
 Ave 11/06/2020 9:51
 Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co
 CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>
 C:\PS21 (3)-pdf
 690 KB

Buenos días
 Señora
 DIANA DAZA
 ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la página 31:

30. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con pacientes de COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral se enfatiza que debe mantener las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si esta es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.

13.3 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de seguridad activa:

GRUPO POBLACIONAL	ORGANIZACIÓN	QUEDE CUBRIR EL COSTO DE	QUEDE CUBRIR EL COSTO DE
Pública y Fuerzas militares	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Populación privada de la ciudad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá
Personas en situación de vulnerabilidad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Entidad territorial	Entidad territorial

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de Indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas

Gracias
 Karen Emilia Melo
 Jefe Administrativa y de Talento Humano
 JERSALUD S.A.S
 3132731800

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>
 Vie 12/06/2020 11:41
 Para: Karen Melo
 CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

Reciba un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.

Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
 Ejecutivo integral de servicios
 SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
 Celular: 3222503336
diana.daza@positiva.gov.co

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg



8. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño
Mié 08/07/2020 17:06
Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñalosa; asistentethyopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

Aura Cristina Londoño Dueñas
Analista SST
Sucursal Villavicencio
Cel. 320 2775564
Correo: analistasst.meta@jersalud.com



Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

Responder | Responder a todos | Reenviar

9. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

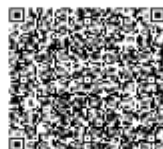


ACUSE RECIBIDO

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)

11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <piedad.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com <prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

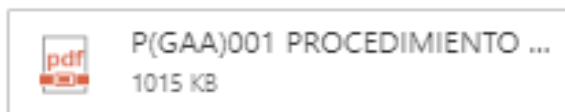
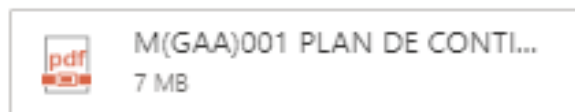
De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

www.jersalud.com





Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cáncer de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



mipg

SC - CER432075

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccion-social@tunja.gov.co
📞 📧 🌐 📍 • www.tunja-boyaca.gov.co •



10.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

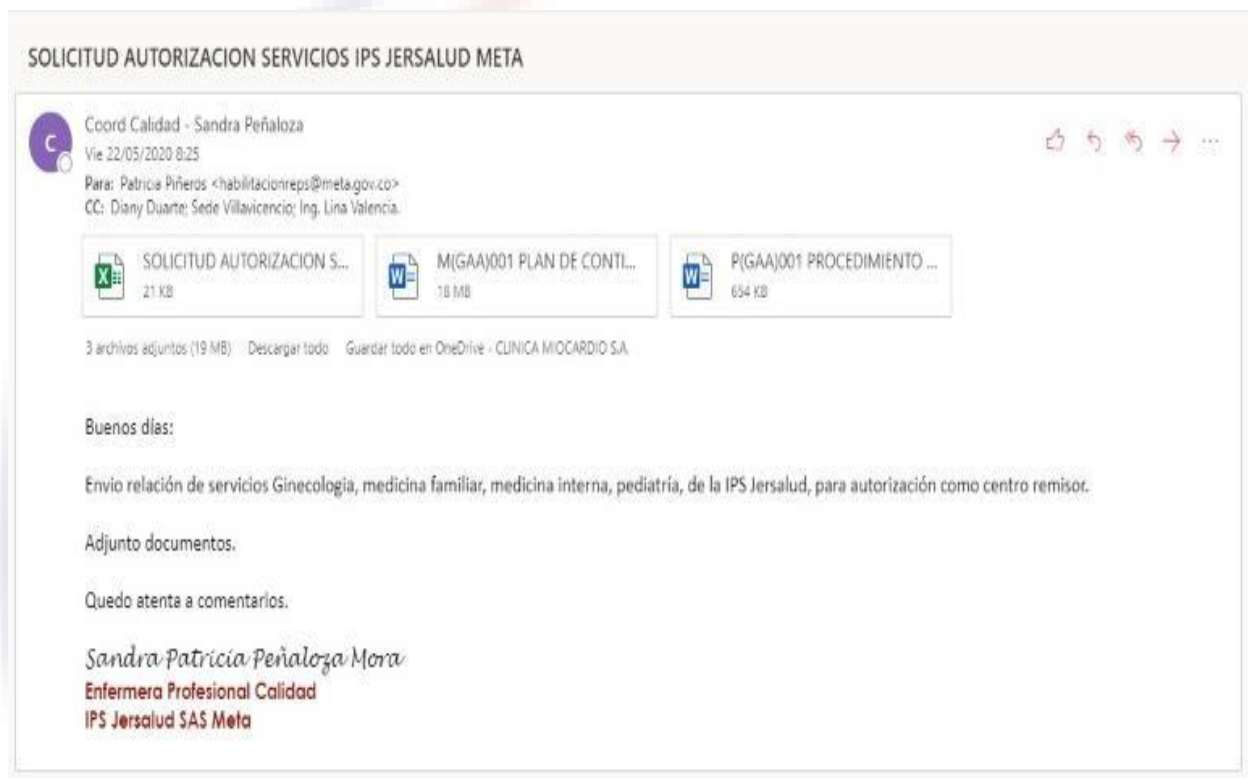
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

Sandra Patricia Peñaloza Mora
Enfermera Profesional Calidad
IPS Jersalud SAS Meta



10.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.


KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com y 3 más
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB


 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



11. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

12.1 Evidencia publicación en página Web



The screenshot displays the Jersalud website interface. At the top right, there is a navigation menu with the following items: INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. Below the navigation menu is the Jersalud logo. The main content area features a dark blue header with the text "Informe Bioseguridad". Below this header is a vertical list of 17 items, each consisting of a red PDF icon and the text "Informe General Bioseguridad" followed by a number from 1 to 17. To the right of this list is a large image showing a microscopic view of several cells, likely bacteria or viruses, with a blue and green color scheme.





-  [Acta General 005 Copasst](#)
-  [Acta 006 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 007 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 008 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 009 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 010 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 011 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 012 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 013 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 014 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 015 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 016 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 017 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 018 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 019 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 020 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 021 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 022 Extraordinaria Copasst](#)



<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20AGOSTO.pdf>



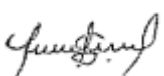

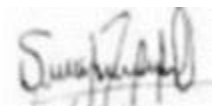


www.jersalud.com



<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%20%20AGOSTO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%20%20SEPTIEMBRE.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	