

# **INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 3 DE AGOSTO**


**Del 18 al 21 de  
Agosto 2020**



**1. REUNION COPASST AGOSTO SEMANA 3 DEL 18 AL 21 DE AGOSTO DE 2020**

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

**1.2 Evidencia Acta 020 de Agosto 2020 Semana 3**

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

<b>ACTA N° 020 DE 2020</b>					
<b>REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST</b>			
<b>LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE</b>					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AA</b>	<b>HORA INICIO</b>	<b>HORA FINALIZACION</b>
	20	08	2020	09:00 A.M.	09:45A.M
<b>MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO</b>					

<b>AGENDA DEL DÍA</b>					
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					

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



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

### 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  
 Ysella González Cuevas  
 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 #019 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
Realizar reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	18/08/2020	Jersalud Nacional	Evidencia reunión TEAMS	100%	
Reunión Analistas SST Y coordinadoras	Analistas SST Jefes administrativas	30/08/2020	Jersalud Nacional	Evidencia reunión TEAMS	0%	Se programó reunión para 21/08/2020



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

de talento humano para determinar cómo se realiza tamizaje COVID-19	y de talento humano					
Envío de solicitud a Asesor ARL solicitud reclasificación riesgo	Analistas SST Boyacá	27/08/2020	Jersalud Boyacá	Correo de envío	0%	

#### 4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI

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

SI



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

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

4.3 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 SEGUN CORRESPONDA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)



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

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 3 Agosto 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)
3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X	Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2,2, 2,3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4,2,4,3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4,2,4,3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministros por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 8



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

	Ministerio del Trabajo?						
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 reunion 020 Numeral 4.4
9	Link de Publicación del informe	X		Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencia (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 2 de Agosto en página web <a href="http://www.jersalud.com/pdf/INFORMEN%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%202%20AGOSTO%20.pdf">http://www.jersalud.com/pdf/INFORMEN%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%202%20AGOSTO%20.pdf</a>
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X		Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 3 Agosto 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
<b>TOTAL</b>					<b>1000</b>	<b>100%</b>	

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

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Gestión para tamizaje toma de muestra personal de salud COVID-19 por parte del empleador	Jefes administrativas y de talento humano	30/08/2020

4.5 Se acuerda enviar dos cotizaciones al Vicepresidente administrativo y financiero de la organización de proveedores con el fin de definir la orden de servicio para realizar Bateria de Riesgo Psicosocial dando cumplimiento a plan de trabajo y a requerimiento de la Resolución 0312 de 2020



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

4.6 Se realiza programación de reunión con proveedor de ARL Positiva con el fin de distribuir y llegar acuerdos de la utilización de horas para apoyo desarrollo plan de trabajo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST

4.7 Se realiza programación de reunión pendiente del compromiso de determinar cómo se realizará tamizaje a personal de salud atención presencial en cuanto a COVID-19.

4.8 Se realiza socialización de dos (2) casos de enfermedad laboral reportados anteriormente por COVID-19; los cuales causan muerte de los funcionarios, se determina realizar la respectiva investigación e informe que será reportado a la junta Directiva de la organización el día 21 de agosto de 2020.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Reunión Analistas SST Y coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realiza tamizaje COVID-19	Analistas SST  Jefes administrativas y de talento humano	24/08/2020	Jersalud Nacional	Reunión por Aplicativo TEAMS	
Envío de solicitud a Asesor ARL solicitud reclasificación riesgo	Analistas SST Boyacá	27/08/2020	Jersalud Boyacá	Correo de envío	


6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		


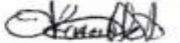

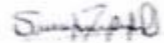
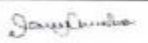




1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 5  
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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








SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 020 de 2020					
FECHA: 20/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:45a.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 García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

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




**1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare**

		<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>			F(GI)012 Versión: 1 oct-18 1 DE 1
<b>SEDE:</b>		<u>JERSALUD NACIONAL</u>			
<b>INFORMACIÓN DE GENERAL</b>					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 020 de 2020					
FECHA: 20/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:45a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
<b>EXPOSITOR:</b>	Julieth Eliana Araque Sosa		<b>FIRMA:</b>		
	Karen Emilia Melo				
<b>REGISTRO</b>					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1,122E+09	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR EL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1,121E+09	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					


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




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

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

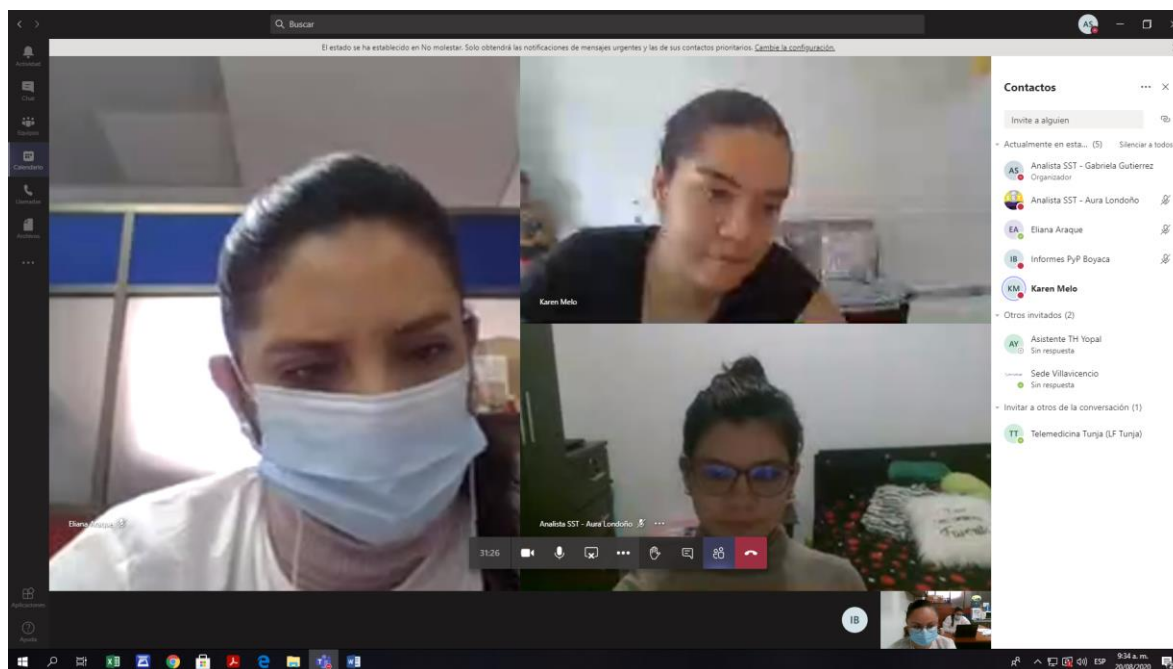
SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 020 de 2020			
FECHA: 20/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:45a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

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



### 1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



## 2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

### 2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

BASE DE DATOS PERSONAL REGIONAL BOYACA								
No.	TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL DE EXPOSICIÓN 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	VACACIONES
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	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	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	INTERMEDIO	TRABAJO EN CASA
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GÉRENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
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	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**

39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
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
46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
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	MONQUIRA	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	DIRECTA	
54	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONQUIRA	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	INDIRECTA	TELECONSULTA
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
65	CC	1049799152	NIYIRETH 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	INDIRECTA	TELECONSULTA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	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	DIRECTA	
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 NUNPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
82	CC	107525284	ANDRÉS 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	INDIRECTA	TELECONSULTA
87	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
88	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	



89	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
90	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
91	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
92	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
93	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
94	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
95	CC	79972356	MARIO FERNANDO TORRES CAÑAS	AUXILIAR DE FARMACIA	BOGOTÁ	DIRECTA	DIRECTA	
96	CC	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	REGENTE FARMACIA TIPO I	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
97	CC	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	AUXILIAR DE FARMACIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
98	CC	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	REGENTE FARMACIA TIPO I	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
99	CC	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	AUXILIAR DE FARMACIA	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTA	
100	CC	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
101	CC	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	REGENTE FARMACIA TIPO I	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
102	CC	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
103	CC	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	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	1056800607	JOHANA VARGAS RODRIGUEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
108	CC	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
109	CC	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUXILIAR DE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
110	CC	1049413869	NELLY GRACIELA CALVO DIAZ	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
111	CC	52835873	LILIA ANGELICA DURAN RODRIGUEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
112	CC	23297570	NORY EDY ESPITIA AGUILAR	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
113	CC	1049795603	YANIBE DEL ROSARIO VELASQUEZ HERNANDEZ	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	Guateque	DIRECTA	DIRECTA	
114	CC	1049604485	ROSALBA IBAGUE RIVERA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
115	CC	33378530	NIDIA ROCIO SAENZ PEÑA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	

## 2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**

11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121930221	YURLEY CAMACHO CORDERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
23	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
24	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
25	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	INCAPACIDAD - AISLAMIENTO PREVENTIVO
30	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
39	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
40	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
41	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
43	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
44	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
45	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
46	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
47	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
48	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	1121888001	CRISTHIAN CAMILO HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**

52	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
53	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
54	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
55	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
56	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
57	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
58	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
59	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
60	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
61	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
62	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
63	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
64	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
65	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
66	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
67	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
68	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
69	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
70	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO - TRABAJO EN CASA
71	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
72	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
73	1121872800	WILDER JULIAN NOVOA BORJA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
74	1121833197	ANDREA CAROLINA BARBOSA VALLEJO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
75	23623995	RUBY RUIZ SALAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
76	1063154205	GABRIEL ESTEBAN BABILONIA ESCOBAR	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
78	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
79	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
80	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
81	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
82	1123567118	JENNIFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
83	35262556	ADRIANA VALDES VIVEROS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
84	1121816223	ODIVER ESMERALDA GUERRERO VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
85	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
86	1121930795	ANGIE JULEIDY MACHADO ROMERO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
87	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**

88	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
89	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
90	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
91	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
93	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
94	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
95	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
96	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
97	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
98	1098719395	LEIDY CAROLINA TELLEZ RUIZ	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
99	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
100	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
101	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
102	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
103	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
104	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
105	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
106	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
107	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
108	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDONEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
109	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
110	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
111	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
112	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
113	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
114	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
115	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	

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

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIP O	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDA D	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL



2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
8	CC	1.090.495.225	Maria Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Dario Uva	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	1118533308	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO DESDE CASA POR AISLAMIENTO PREVENTIVO HASTA EL DIA 30 DE JULIO
13	CC	1118570378	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Medico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	1118554078	Angela Consuelo Zipa	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tijeros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Cordoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL



### 3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

#### Telas Desechables

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

**Usos**

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

**Colores Disponibles en telas Desechables**




**Ficha Técnica**

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

**Polipropileno**

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

**Resistencia Química**

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

**Características**

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

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



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800070360  
**VIGILADO**

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



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



## Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

### GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada





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

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


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

*Copia Controlada*



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



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

**FICHA TÉCNICA**



**1. Referencias del respirador:**

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

**2. Identificación y empaque:**

	Marquillado	Empaque
<b>Función:</b>	Permite identificar el lote para realizar trazabilidad del producto, la referencia del respirador y el número único de identificación de NIOSH TC 84A-5350 garantía de la certificación.	✓ Empaque Individual. ✓ Empaque de 25 unidades ✓ Caja Máster 2.000 und Peso: 21 Kg Medias: 56 cm x 50cm x 61cm





# SOSEGA®

Safety Solutions

## INFORMACIÓN TÉCNICA

### MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA  
Con Válvula  
Ref: 130730



### APLICACIONES

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

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

### CARACTERÍSTICAS

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

### ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



### INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

### ADVERTENCIAS

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





**LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO**

**DESCRIPCION:**

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

**CARACTERISTICAS**

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

**INDICACIONES**

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

**VENTAJAS**

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

**DIMENSIONES**

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

IMPLAR S.A.S - NIT 900.651.743-1 | Calle 8 # 43# - 28, Oficina 402 - Antioquia-Medellín  
 Celular: 300-5428015 - WWW.IMPLAR.COM

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



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

**3.2.1 Factura Regional Boyacá**

Fecha Impresión: martes, 18 de agosto de 2020 13:16

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

Carrera 49 # 95-54 Barrio La Castellana  
 TELEFONOS: (+57) 3187443440  
 BOGOTA D.C. - COLOMBIA

Fecha: 18/08/2020 1:15:37 p. m.

CUFE: 7ee83befb9eb5ee6220547ddeb0248a39e78c54e42cebe7158779bede7e2e0  
 de0f9f09d6c382373d1dcf1b23b1b32bb4

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° FQE5770



Datos Generales

<b>Tercero:</b> 900622551 - JERSALUD SAS	<b>Dirección:</b> CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
<b>Sucursal:</b> JERSALUD TUNJA	<b>Telefono:</b> 5618123
<b>Almacén:</b> 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	<b>U. Funcional:</b> FACTURACION-FQX MIOCARDIO CASTELLANA
<b>Detalle:</b> OC.6912 GRUPO DMODA #A31 JERSALUD TUNJA 18-08-2020	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300101301 - MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS ELASTICO		INVIMA 2009DM-0004943	27/09/2029	1600	0,00	0,00	\$ 898	\$ 1.436.400

VALOR BRUTO: \$ 1.436.400  
 IVA: \$ 0  
 RETEFUENTE: \$ 35.910  
 RETENCIÓN IVA: \$ 0  
 RETENCIÓN ICA: \$ 5.947

VALOR NETO FACTURA: \$ 1.394.543

TOTAL: UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/Cte.

ELABORÓ

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

Jersalud RADICADC  
 900.622.551-0 S.A.S.  
 18 AGO 2020 DE  
 No.FOLIO: banda biosig  
 RECIBIDO POR: [Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
 VIGILADO

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/02/2020 prefijo autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 27524 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. "Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 15 de abril de 2020". Efectuar Retención del 2,5% por Compras.  
 ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774779 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR


Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 53089545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

Usuario Impresión : 53089545 - DIANA FIGUEROA



### 3.2.1.2 Actas de entrega Regional Boyacá

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


SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD TUNJA

Hoy, **AGOSTO 18 DE 2020** yo **ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO** hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
60	ESFEROS OFFI-ESO SEMI GEL 0,7 COLOR NEGRO	ENTREGADOS EL 06-08-2020
24	LAPIZ MINA NEGRA	
36	RESALTADORES COLORES SURTIDOS	
4	CINTA DE ENMASCARAR	
4	CINTA ANCHA TRASPARENTE DE EMPACAR	
30	POST IT	
8	GRAPA ESTÁNDAR PARA COCEDORA	
20	CARPETA DE CELUGUIA CAFÉ CON GANCHO	
8	CERA PARA CONTAR	
12	SHARPIE NEGRO	
6	PERFORADORA	
6	COSEDORA	
6	CUADERNO ANILLADO GRANDE	
6	TAJALAPIZ	
6	REGLA METALICA	
6	SACAGANCHOS	
20	RESMA TAMAÑO CARTA	
6	BORRADORES	
3	GANCHO CLIPS	
10	A-Z TAMAÑO OFICIO	
4	SOBRE DE MANILA TAMAÑO OFICIO - RESMA	
4	HUELLEROS	
24	ESFEROS OFFI-ESO SEMI GEL 0,7 COLOR ROJO	
100	GANCHOS TIPO EXPEDIENTE	
7	TIJERAS	
10	ROLLO DE PAPEL CONTAC COLOR ROJO	
10	ROLLO DE PAPEL CONTAC COLOR VERDE	
10	ROLLO DE PAPEL CONTAC COLOR AMARILLO	
20	ROLLO DE PAPEL CONTAC TRASPARENTE	
7	BISTURI INDUSTRIAL	
50	SABANAS DESECHABLES	
10	GUANTES EXAMENES TALLA M CAJA X100	
5	GUANTES EXAMENES TALLA S CAJA X100	
10	TAPABOCAS CAJA X 50	
500	BATAS MANGA LARGA	
30	BATAS PACIENTE SIN MANGA	
100	JERINGAS X 5 CC	
300	ISOPAÑITOS	



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

274	CONOS DE OTOSCOPIO	
3	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA AL 2% FRASCO	
3	MICROPORE COLOR PIEL X 5CM DE ANCHO	
20	TAPABOCAS N 95	
10	LIDOCAINA JALEA	
300	GORROS DESECHABLES	

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

**FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:**



C.C. 1.052.403.488

Nombre: ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO  
Cargo: Asistente Administrativo

**FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:**



C.C. 23.810.177

Nombre: BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO  
Cargo: COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE


**FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:**



C.C. 1.049.615.437

Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA  
Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



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

SUCURSAL/SEDE: JERSALUD TUNJA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: JERSALUD TUNJA

Hoy, AGOSTO 18 DE 2020 yo ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCION	OBSERVACION
1	CLEAN BY PEROXY	ENTREGADOS EL 09-07-2020 PARA EL MES DE AGOSTO
1	DESINFECTANTE SANI 10	
1	NABC	
3	DETERGENTE DESENGRASANTE BH38	
4	AMBIENTADOR EN SPRAY BONAIRE GLADE	
8	ALCOHOL	
8	MECHA TRAPERO COPA 500 GR	
24	TOALLA DE MANO ROLLO BLANCA	
8	GUANTES NEGROS CALIBRE 35 TALLA 7 1/2	
2	PAÑO MICROFIBRA ROJO	
150	BOLSA ROJA MEDIANA 60 X 80	
150	BOLSA VERDE MEDIANA 60 X 80	
12	CAFÉ INSTANTANEO NESCAFÉ TRADICIONAL	
8	AROMÁTICA DE PANELA EN CUBO DONA PANELA - 10 LIMON Y 20 SURTIDA	
10	VASO DESECHABLE - AGUA 7.0 ONZ TRASLUCIDO	
8	AZÚCAR INCAUCA LIGTH	
2	LECHE EN POLVO COLANTA	
4	INSTACREM	
2	MILO GRANDE	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



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

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C. 23.810.177  
Nombre: BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO  
Cargo: COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:

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



C.C. 1.049.615.437  
Nombre: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA  
Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO



### 3.2.2 Factura Regional Meta

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**  
NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-58  
Tel: 6748248  
Neria - Colombia  
sumfamedic@hotmail.com

Factura electrónica de venta  
**No. FE-28**

<b>Señores</b>	JERSALUD SAS	<b>Teléfono</b>	5615123	<b>Fecha de Factura</b>	2020-06-05	<b>Fecha de Vencimiento</b>	2020-10-04
<b>NIT</b>	900.622.551-0	<b>Ciudad</b>	Bogotá - Colombia				
<b>Dirección</b>	CALLE 32 SUR N° 22-10						

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Imppto. Cargo	Imppto. Reta.	Vr. Total
1	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	30.00	28,500.00	0 %	0 %	855,000.00
2	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	150.00	1,450.00	0 %	0 %	217,500.00
3	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	300.00	270.00	0 %	0 %	81,000.00
4	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	100.00	220.00	0 %	0 %	22,000.00
5	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	10.00	4,800.00	0 %	0 %	48,000.00
6	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	5.00	5,100.00	0 %	0 %	25,500.00
7	EYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	2.00	3,800.00	0 %	0 %	7,600.00
8	OOEXA227	GUANTE VINILO PROTEXION TALLA S CAJA X 100 UNDS	5.00	22,268.91	19 %	0 %	132,500.01
9	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	1.00	4,800.00	0 %	0 %	4,800.00
10	2822	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	26.00	18,000.00	0 %	0 %	468,000.00
11	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	50.00	9,200.00	0 %	0 %	460,000.00

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

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

- 14-08-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor: Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses  
Responsable de IVA - Actividad Económica 203 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

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

**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Calle 100 No. 100-100 Bogotá, D.C.  
Tel: 01 (604) 210-0000



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS		FIGA003
			Version: 01
			rev: 08
			Página 1 de 1

Fecha: 26/07/2020

Tipo de Orden:  Compra  Servicios  Otro

Consuntivo No. 2020-04

Categoría: 1-422

Proveedor: BUNFAMEDIC NIT 991222881-7 Teléfono 311 8007173

ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN EMPRESARIAL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	CAJA X 100	GUANTES LATEX TALLA M	30	\$ 38.900	\$ 848.800
2	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	CAJA X 50 PARES	GUANTES QUIRURGICOS 7 1/2	150	\$ 1.480	\$ 217.800
3	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	CAJA X 100	GUANTES DE VINILO	6	\$ 22.288	\$ 133.728
4	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	UND	MONITOR SÉPUMA X 60 ML	2	\$ 3.800	\$ 7.600
5	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	CAJA X 100 UND	CURAS REDONDAS	1	\$ 4.800	\$ 4.800
6	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	CAJA X 100 UND	JERINGA 18 CC	300	\$ 273	\$ 81.900
7	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	CAJA X 100 UND	JERINGA 8 CC	100	\$ 220	\$ 22.000
8	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	UND	MARCARILLA PARA MICRONIZACION PERINATICO	6	\$ 6.100	\$ 36.600
9	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	UND	MARCARILLA PARA MICRONIZACION ADULTO	18	\$ 4.800	\$ 86.400
10	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	UND	CARETAS	28	\$ 18.800	\$ 488.800
11	META	ATENCIÓN DOMICILIARIA	UND	MONOGAFAS	80	\$ 8.300	\$ 664.000
						Subtotal gravado	\$ 2.308.728
						EXCENTO DE IVA	
						IVA 19%	\$ 438.653
						TOTAL A PAGAR	\$ 2.847.381

CONDICIONES DE ENTREGA:

Tiempo de Entrega:  INMEDIATA  TREINTA DIAS  SESENTA DIAS  OTRO

Forma de Pago:  CONTADO  TREINTA DIAS  SESENTA DIAS  OTRO

Moneda:  PESOS COLOMB. X  DOLARES  EURO  OTRO

TIPO DE GARANTIA:  GARANTIA

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA:

NOMBRE: Director General

CARGO: GERENTE GENERAL

DATOS DE QUIEN ELABORA LA ORDEN DE COMPRA:

ELABORÓ: JESSICA CAÑÓN CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO TELEFONO: 31137000 40

CLASIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS Y SERVICIOS	
1. Hoja de vida del equipo	12. Ficha técnica especificando vida útil
2. Declaración de importación	13. Factura de venta
3. Acta de entrega o remisión por parte del proveedor	14. Certificado de fabricación nacional o carta de representación del fabricante
4. Poliza todo riesgo y daños materiales vigente	15. Certificado de calibración por laboratorio certificado en Colombia
5. Registro INVIMA del equipo	16. Certificado de metrología y/o calidad emitido por el fabricante
6. Hoja de vida de los ingenieros que realizan el mantenimiento	17. Certificado de garantía
7. Registro INVIMA de los ingenieros	18. Cronograma de capacitación certificado para el personal asistencial y técnico
8. Protocolo de mantenimiento preventivo	19. Registro de capacitación
9. Protocolo de limpieza y desinfección	20. Certificado de disponibilidad de insumos, accesorios y repuestos por 15 años

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







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

**Cotización**  
 No. C-1-422

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

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	30.00	28,500.00	855,000.00
2	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	<a href="#">Ver</a>	150.00	1,450.00	217,500.00
3	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	<a href="#">Ver</a>	300.00	270.00	81,000.00
4	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	100.00	220.00	22,000.00
5	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	10.00	4,800.00	48,000.00
6	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	5.00	5,100.00	25,500.00
7	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	<a href="#">Ver</a>	2.00	3,800.00	7,600.00
8	OOEXA227	GUANTE VINILO PROTECION TALLA S CAJA X 100 UNDS	<a href="#">Ver</a>	5.00	22,268.91	132,500.01
9	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	<a href="#">Ver</a>	1.00	4,800.00	4,800.00
10	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	<a href="#">Ver</a>	26.00	18,000.00	468,000.00
11	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	50.00	9,200.00	460,000.00
<b>Total Bruto</b>						2,300,744.55
<b>Subtotal</b>						2,300,744.55
<b>IVA 19%</b>						21,155.46
<b>Total a Pagar</b>						2,321,900.01

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

Gerente General  
 sumfamedic@hotmail.com  
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**  
 NIT 801.222.661-7  
 Calle 9 No. 14-58  
 Tel: 8748246  
 Neiva - Colombia  
 sumfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
**No. FE-26**

<b>Señores</b>	JERSALUD SAS	<b>Teléfono</b>	5619123	<b>Fecha de Factura</b>	2020-08-05
<b>NIT</b>	900.622.551-0	<b>Ciudad</b>	Bogotá - Colombia	<b>Fecha de Vencimiento</b>	2020-10-04
<b>Dirección</b>	CALLE 32 SUR N° 22- 10				

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

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

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

<b>Observaciones:</b> Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><b>Total Bruto</b></td> <td style="text-align: right;">1,641,600.00</td> </tr> <tr> <td><b>Total a Pagar</b></td> <td style="text-align: right;">1,641,600.00</td> </tr> </table>	<b>Total Bruto</b>	1,641,600.00	<b>Total a Pagar</b>	1,641,600.00
<b>Total Bruto</b>	1,641,600.00				
<b>Total a Pagar</b>	1,641,600.00				

  
 14-08-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización: 18764001369571 aprobado en 20200729 proffjo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 203 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

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







**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

**Cotización**  
 No. C-1-437

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

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

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

Gerente General  
 sumfamedic@hotmail.com  
 8748246

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





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



Nota Crédito  
No. 2-2

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

Fecha Nota Crédito	2020-08-14
Factura de Venta	FV-2-27
Generación	14/08/2020, 08:45
Expedición	14/08/2020, 08:50
Vencimiento	04/10/2020

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00
2	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	175,000.00
3	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	40,000.00
4	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	19,200.00
5	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	4,400.00
6	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	199,500.00
7	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	171,000.00
8	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	27,000.00
9	JERINGA 5 ML CJA 21 X 1-1/2 UND	400.00	88,000.00
10	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	185,000.00
11	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	220,000.00
12	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML	10.00	65,000.00
13	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	147,500.00
14	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00
15	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 180 CMS FCO X 180 ML BIOLIFE	1.00	15,232.00
16	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	1.00	29,500.00

Elaborado y enviado electrónicamente por Siglo S.A.S. NIT 820.048.145-8

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

**Condiciones de Pago:**

Anticipo FV-2-27-1 2020-10-04 por \$ 1,401,332.00

Total Bruto	1,398,900.00
IVA 19%	2,432.00
<b>Total</b>	<b>1,401,332.00</b>

**Observaciones:**

CUIDE: de7306d4e434ab81259b35df027b7da258f0ae21f6c4d047437bbe41da784e3c8890530686eb2c02b1c8a6bb030e9f3b

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





SUMINISTROS  
FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE  
COLOMBIA SAS  
NIT 901.222.881-7  
Calle 9 No. 14-88  
Tel: 8748248  
Neva - Colombia  
sumfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
No. FE-27

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

Fecha y hora Factura

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

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impcto. Cargo	Impcto. Rete.	Vr. Total
1	AGH005	AGUJA 21 X 1,1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1,00	7,500.00	0%	0%	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	50,00	3,500.00	0%	0%	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50,00	800.00	0%	0%	40,000.00
4	MED-2005	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4,00	4,800.00	0%	0%	19,200.00
5	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2,00	2,200.00	0%	0%	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7,00	28,500.00	0%	0%	199,500.00
7	TUFFGLOVELL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6,00	28,500.00	0%	0%	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100,00	270.00	0%	0%	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	400,00	220.00	0%	0%	88,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50,00	3,700.00	0%	0%	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4,00	55,000.00	0%	0%	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML	10,00	6,500.00	0%	0%	65,000.00
13	DIBT004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5,00	29,500.00	0%	0%	147,500.00
14	SUHO5782	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1,00	7,500.00	0%	0%	7,500.00
15	EQFIJA	FIADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	1,00	12,800.00	19%	0%	15,232.00
16	000083	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	1,00	29,500.00	0%	0%	29,500.00

Elaborado y enviado electrónicamente por Sigo S.A.S NIT: 930 048 140-8

Valor en Letras:

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

Total Bruto 1,398,900.00

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-04 por \$ 1,401,332.00

IVA 19% 2,432.00

Total a Pagar 1,401,332.00

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

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

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

Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5  
CUFE: 41715ee075e09f8e1c8dccc849b03511482e44b1d3f30e1756997938e01c520fe08e152a71983825ab4c74b5001ff





SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.881-7



Calle 9 No. 14-68  
8748246  
Neiva - Colombia  
sumfamedic@hotmail.com

Elaborado por Diego E.A.S. No. 890.043.145-85-4

Factura de venta

Nº: 2458

Cliente: JERSALUD SAS  
Nit: 900.622.551-0  
Teléfono: 5818123  
Dirección: CALLE 32 SUR N° 22- 10  
Ciudad: Bogotá - Colombia  
Correo: AsistenciaAdmin.Meto@jersalud.com

Fecha de factura: 2020-06-05  
Vendedor:  
Centro de costo: 0  
Cotización:

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Ret.	Vr. Total
1	AGH006	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	3,500.00	0 %	0 %	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	6,800.00	0 %	0 %	340,000.00
4	MED-2005	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	4,800.00	0 %	0 %	19,200.00
5	77671413s	SUERO FISIOLÓGICO DE 250 BAXTER	2.00	2,200.00	0 %	0 %	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	28,500.00	0 %	0 %	199,500.00
7	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	28,500.00	0 %	0 %	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	270.00	0 %	0 %	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML CIA 21 X 1-1/2 UND	400.00	220.00	0 %	0 %	88,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	3,700.00	0 %	0 %	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	55,000.00	0 %	0 %	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML MK	10.00	6,500.00	0 %	0 %	65,000.00
13	DIST004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	29,500.00	0 %	0 %	147,500.00
14	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
15	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 180 CM3 FCO X 180 ML BIOLIFE	1.00	12,800.00	19 %	0 %	15,232.00
16	S-180237	GLUTARALDEHIDO PH ACIDO GALON X 4 LITROS	1.00	29,500.00	0 %	0 %	29,500.00

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

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

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

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18783006570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2061 al 8000 Vigencia: 18  
Responsable de IVA - Actividad Económica 206 Comercio al por menor de productos

Elaborado por

*[Firma]*  
Firma recibido

14-08-2020

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



**Jersalud** **FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS**

FID003  
 Versión: 01  
 Rev: 18  
 Página 1 de 1

Fecha: 29/01/2020

Tipo de Orden: Compra  Servicio  Otro  OM

Contracción: 5421

Proveedor: SUMPAMEDIC INT N122281-7 Teléfono: 311 8901173

Consecutivo No.: 9956-87

ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ASISTENCIAL	UND	BATA QUIRURGICA MANDE CORTA	80	2.000	170.000
2	META	ASISTENCIAL	UND	BATA QUIRURGICA MANDE LARGA	80	6.000	540.000
3	META	ASISTENCIAL	UND	GUANTES LATEX TALLA M	7	25.000	175.000
4	META	ASISTENCIAL	UND	GUANTES LATEX TALLA L	6	29.000	174.000
5	META	ASISTENCIAL	UND	SABANAS 2 X 10 UND	80	3.700	296.000
6	META	ASISTENCIAL	UND	ANILLA HIPODERMICA 210 X 1 1/2	1	7.000	7.000
7	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	CURVAS REDONDAS	4	4.000	16.000
8	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	JERINGA 18 CC	100	570	57.000
9	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	JERINGA 5 CC	400	130	52.000
10	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100 UND	JERINGA 3 CC	10	5.000	50.000
11	META	ASISTENCIAL	UND	ALCOHOL FRASCO 750 ML	8	25.000	200.000
12	META	ASISTENCIAL	UND	ALCOHOL GALLON	1	13.000	13.000
13	META	ASISTENCIAL	UND	CYTOFLUOR	4	54.000	216.000
14	META	ASISTENCIAL	UND	TRIAS GLUCOCORNIC	1	20.000	20.000
15	META	ASISTENCIAL	UND	GUTAPALDENO X 3000 ML	1	7.000	7.000
16	META	ASISTENCIAL	UND	LEDOCANIA AL 2% TAPA AZUL	1	2.000	2.000
17	META	ASISTENCIAL	UND	SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	2	1.000	2.000
						Subtotal gravado	1.898.000
						EXENTO DE IVA	
						IVA 19%	3.606
						TOTAL A PAGAR	1.901.606

Termino de Entrega: INMEDIATA TREINTA DIAS  SESENTA DIAS  OTRO

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS  SESENTA DIAS  OTRO

Moneda: PESOS COLOMB. X  DOLARES  EUROS  OTRO

TIPO A UTILIZAR: COMPRANTIA

*[Firma]*  
 FIRMA Y DESEMPEÑO DE LA COMPRA

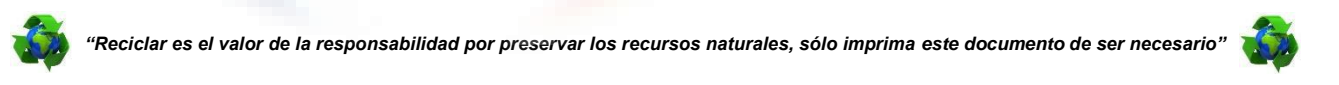
NOMBRE: [Nombre]  
 CARGO: GERENTE GENERAL

ELABORO: JESICA CAÑON CARGO: ASISTENTE TELEFONO 311370 ADMINISTRATIVO DIO

LA VENTAJA DE COMPRAR EN UNO DE LOS SIGUIENTES CASOS:

1. En caso que la compra se realice en efectivo o por medio de cheque, se garantiza el valor de dicho cheque o importe según lo percibido en la transacción.	11. FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL.
2. FICHA DE VIDA DEL EQUIPO	12. FACTURA DE VENTA
3. DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	13. CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
4. ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	14. CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5. POLIZA TODO RIESGO Y GASTOS MATERIALES VIGENTE	15. CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6. REGISTRO INVEN DEL EQUIPO	16. CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
7. FICHA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	17. CERTIFICADO DE GARANTÍA
8. REGISTRO INVEN DE LOS INGENIEROS	18. CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
9. PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	19. REGISTRO DE CAPACITACIÓN
10. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	20. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE TROCANES, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea de Atención al Proveedor: 01800010302  
**VIGILADO**





Facturada



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

**Cotización**  
No. C-1-421

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

Elaborado por Sigo S.A.S NIT: 630.948.145-95-8

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

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

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

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



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





SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE  
COLOMBIA SAS  
NIT 901.222.661-7  
Calle 9 No. 14-68  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia



Nota Crédito  
No. 2- 3

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

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

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00
2	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	175,000.00
3	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	400,000.00
4	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	19,200.00
5	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	4,400.00
6	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	199,500.00
7	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	171,000.00
8	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	27,000.00
9	JERINGA 5 ML CIA 21 X 1-1/2 UND	400.00	88,000.00
10	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	185,000.00
11	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	220,000.00
12	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML MK	10.00	65,000.00
13	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	147,500.00
14	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00
15	FLJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	1.00	15,232.00
16	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO 365 DIAS	1.00	29,500.00

Elaborado y emitido electrónicamente por Siglo S.A.S. Nit: 830.046.146-9

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

Condiciones de Pago:

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

Total Bruto	1,758,900.00
IVA 19%	2,432.00
<b>Total</b>	<b>1,761,332.00</b>

Observaciones:

CUIDE: 13cbe5c5e6f0cb8347730675d4424579898e385a073c40819fa27535134a75d20f3bd0ae803b50d220039ea2a5c069f





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



Factura electrónica de venta  
No. FE-57

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

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

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	AGH006	AGUJA 21 X 1.1/2 CAJA X100 LIFE CARE	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	50.00	3,500.00	0 %	0 %	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	50.00	8,000.00	0 %	0 %	400,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	4.00	4,800.00	0 %	0 %	19,200.00
5	AXA1348281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	2.00	2,200.00	0 %	0 %	4,400.00
6	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	7.00	28,500.00	0 %	0 %	199,500.00
7	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	6.00	28,500.00	0 %	0 %	171,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	100.00	270.00	0 %	0 %	27,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	400.00	220.00	0 %	0 %	88,000.00
10	CONSA8	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	50.00	3,700.00	0 %	0 %	185,000.00
11	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	4.00	55,000.00	0 %	0 %	220,000.00
12	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML MK	10.00	6,500.00	0 %	0 %	65,000.00
13	DI8T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	5.00	29,500.00	0 %	0 %	147,500.00
14	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	1.00	7,500.00	0 %	0 %	7,500.00
15	EQFLJA	FLJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 180 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	1.00	12,800.00	19 %	0 %	15,232.00
16	S-180237	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO 365 DIAS	1.00	29,500.00	0 %	0 %	29,500.00

Elaborado y emitido electrónicamente por Sigo S.A.S Niz: E30.048.145-4

**Valor en Letras:**

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

**Condiciones de Pago:**

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

Total Bruto	1,758,900.00
IVA 19%	2,432.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>1,761,332.00</b>

**Observaciones:**

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

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

Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5  
CUFE: 8cb037c8ff90364ad21762f445579c60ac73a151c7a980974d8ab778ca4981910c6a8b31ca68d1a92480431e9f1b20

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



### 3.2.3 Cotización Regional Casanare



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

**Cotización**  
No. C-1-450

Para	JERSALUD SAS YOPAL
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-20

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	<a href="#">Ver</a>	20.00	3,800.00	76,000.00
2	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	<a href="#">Ver</a>	1.00	62,000.00	62,000.00
3	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	4.00	10,000.00	40,000.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	<a href="#">Ver</a>	50.00	1,900.00	113,050.00
5	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	1.00	4,201.69	5,000.01
6	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	40.00	18,500.00	740,000.00
7	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS TANGERINE	<a href="#">Ver</a>	8.00	57,000.00	456,000.00
8	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	1.00	23,000.00	23,000.00
9	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	1.00	29,000.00	29,000.00

**Total Bruto** 1,525,201.69  
**Subtotal** 1,525,201.69  
**IVA 19%** 18,848.32  
**Total a Pagar** **1,544,050.01**

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

**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Unidad de Gestión Administrativa - Neiva, D.C.  
Calle 100 No. 100-100, Neiva, Casanare, 0900010332

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

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



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



#### 4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

##### 4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

##### 4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
RAYORGA BOJAS DORIS	10094579	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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
17 08 2020				X									Doris RAYORGA BOJAS	
18 08 2020									X				Doris RAYORGA BOJAS	
19 08 2020				X									Doris RAYORGA BOJAS	
20 08 2020				X									Doris RAYORGA BOJAS	
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.**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Mojica Yolanda Luz Marina	40036857	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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]		
18 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]		
19 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]		
20 08 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														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Sosa G. Albin</i>	<b>Cédula</b> <i>72'25029</i>	<b>Unidad</b>
--	----------------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
14 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
15 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
18 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
19 09 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
20 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Sosa G. Albin* identificado (a) con CC: *72'25029*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Jara Jhon Jairo</i>	<b>Cédula</b> <i>9120163</i>	<b>Unidad</b> <i>C. Ester</i>
--	---------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
14 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Jara</i>
15 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>Jara</i>
18 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Jara</i>
19 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>Jara</i>
20 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>Jara</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Jara Jhon Jairo* identificado (a) con CC: *9120163*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Flores Alvarez Monica Pardo	1009616557	Oxidera

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
14 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
15 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
18 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
19 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
20 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Monica Pardo Flores Identificado (a) con CC: 1009616557, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GILVA RA		Cexterno

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
14 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	
13 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	
19 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	NO	
20 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gilva Ra Identificado (a) con CC: 3887307, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gersson David Gonzalez	1049638991	Tunja.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		Gersson G.
18 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		Gersson G.
19 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		Gersson G.
20 08 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												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Gersson David Gonzalez identificado (a) con CC: 1049638991, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Joel Duán Igarra	1124023697	C. Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 8 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Joel D.
18 8 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Joel D.
19 8 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Joel D.
20 8 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												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019033  
 VIGILADO





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Narciso Ayala Plata Ischa	40038502	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
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
14 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable	Ischa Plata
18 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X		Ischa Plata
19 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X		Ischa Plata
20 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	uso bata desechable a diario	Ischa Plata
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, Narciso Ayala Plata Ischa Identificado (a) con CC: 40038502. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Johanna Xilvo H	40039609	CENTINA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pollinas		
14 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telcomorta	Xilvo
18 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telcomorta	Xilvo
19 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telcomorta	Xilvo
20 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telcomorta	Xilvo
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, Johanna Xilvo H Identificado (a) con CC: 40039609. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Francisco Rosaceca Jimeno</i>	<i>1120865548</i>	<i>C. Ger. Turist</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				
14/08/20					X									<i>Francisco Rosaceca Jimeno</i>
19/08/20					X							X		
20/08/20					X									
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, *Francisco Rosaceca Jimeno* Identificado (a) con CC: *1120865548*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Jennifer Matos Lopez</i>	<i>1.029.639.115</i>	<i>Asistencia</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14/08/20				X										<i>Jennifer Matos Lopez</i>
18/08/20				X								X		
19/08/20				X										
20/08/20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, *Jennifer Matos Lopez* Identificado (a) con CC: *1.029.639.115*, 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea Correo Nacional: 01800010302  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Betancor Bebera Zulmayanth	1052399 313	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 2020				X									
15 08 2020				X									
18 08 2020				X					X				
19 08 2020				X									
20 08 2020				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Zulmayanth Betancor Bebera, 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Diana Yanira Ibanez Diaz	33 377 254	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			
14 08 20	X			X					X				Diana Ibanez
15 08 20	X			X					X				Diana Ibanez
18 08 20	X			X					X				Diana Ibanez
19 08 20	X			X					X				Diana Ibanez
20 08 20	X			X					X				Diana Ibanez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Ibanez, Identificado (a) con CC: 33 377 254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Rojas Alejandro Daza Alejandro</i>	<i>1019069127</i>	<i>ADM</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	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>14 08 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	<i>TAPABOCAS</i>	<i>[Signature]</i>
<i>18 08 20</i>	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	<i>TAPABOCAS y BATA</i>	<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Bonigas Agüero Erika Joana</i>	<i>1052403488</i>	<i>Administrativa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>14 08 20</i>				X					X				<i>[Signature]</i>
<i>18 08 20</i>				X					X				<i>[Signature]</i>
<i>19 08 20</i>				X					X				<i>[Signature]</i>
<i>20 08 20</i>				X					X				<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Erika Joana Bonigas Agüero* Identificado (a) con CC: *1052403488*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.  
 Línea Control Nacional: 018000910332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jacee Sanchez Anderson Durro	<b>Cédula</b> 654658721	<b>Unidad</b> C. Externo Tunga
--	----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Jacee
15 08 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Jacee
16 08 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Jacee
19 08 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Jacee
20 08 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Jacee
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jacee Anderson Durro Identificado (a) con CC: 654658721, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Patricia Qualle P	<b>Cédula</b> 23-324561	<b>Unidad</b> Tunga
--	----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 8 20	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-		Yoly Patricia Qualle P
18 8 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	✓	-	-		Yoly Patricia Qualle P
19 8 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Yoly Patricia Qualle P
20 8 20	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-		Yoly Patricia Qualle P
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Patricia Qualle P Identificado (a) con CC: 23-324561, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> FERNANDEZ ALEJANDRO CLAUDIA LABEL	<b>Cédula</b> 46361131	<b>Unidad</b> C-GERENTE
---	---------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
18 08 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
19 08 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
20 08 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, CLAUDIA LABEL FERNANDEZ 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ZAPA VARGAS GISELE ANDREA	<b>Cédula</b> 1.049647500	<b>Unidad</b> Consultor Externa Admini
---	------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
20 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodríguez Nurpapie Claudia Yaneth	1049642865	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
15 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Claudia R.
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
20 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Azevedo Sandra	46378245	C. Externe

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
14 08 20	X			X		X			X				[Firma]
18 08 20				X		X							[Firma]
19 08 20	X			X		X			X				[Firma]
20 08 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													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 01800019033  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Rodriguez Boyaca Maria Cecilia</i>	<i>1049625040</i>	<i>Consulta 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
15 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
18 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
19 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
20 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Sandoz Sofia Maria</i>	<i>237244926</i>	<i>C. C. Ex</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		
14 08 20				X		X						<i>Sandoz</i>
15 08 20				X		X						<i>Sandoz</i>
18 08 20				X		X						<i>Sandoz</i>
19 08 20				X		X						<i>Sandoz</i>
20 08 20				X		X						<i>Sandoz</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, *Sandoz Sofia Maria* Identificado (a) con CC: *237244926* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033  
 VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> John Jaramila	<b>Cédula</b> 7188191	<b>Unidad</b> CEX
---	--------------------------	----------------------

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

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

Yo, John Jaramila Identificado (a) con CC: 7188191, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Juan Carlos Cerales Barón	<b>Cédula</b> 40027046	<b>Unidad</b> Tanya
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20	*	*	*	*	-	*	-	-	-	-	teleconsultas	
15 08 20	✓	✓	-	✓	-	✓	-	-	-	-	teleconsultas	
18 08 20	*	*	-	*	-	*	-	-	✓	-	Teleconsultas	
19 08 20	✓	✓	-	✓	-	✓	-	-	-	-	Teleconsultas	
20 08 20	✓	✓	-	✓	-	✓	-	-	-	-	teleconsultas	
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 Carlos Cerales Barón 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910302  
 VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> PEDRAZA VARGAS MARIA LUCIA	<b>Cédula</b> 40-017103	<b>Unidad</b> Consulta Externa - Nutrición
--	----------------------------	---

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
14 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
15 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Firma]
18 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
19 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
20 09 2020	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, Maria Lucia Pedraza V 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Nory edy Espitia Aguilar	<b>Cédula</b> 23297570	<b>Unidad</b> Farmacia
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
15 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		[Firma]
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
20 08 20	-	-	-	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 Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Rosalba Ibañez Rivera	<b>Cédula</b> 104964465	<b>Unidad</b> Farmacia
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 08 2020	X										X		Rosalba
20 08 2020	X			X									Rosalba
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, Rosalba Ibañez Rivera Identificado (a) con CC: 104964465, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Johana Vargas Rodriguez	<b>Cédula</b> 1056800607	<b>Unidad</b> Turpe
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Johana V.
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Johana V.
20 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Johana V.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Johan Moreno	1049658796	Farma Cg

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			
20 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Neily Cano Diaz	104941386A	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-			
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
LEIDY DAYANA MONTEA GUTIERREZ	1048946095	TU SA.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Leidy Dayana Montea G.
18 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Leidy Dayana Montea G.
19 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Leidy Dayana Montea G.
20 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Leidy Dayana Montea G.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Leidy Dayana Montea G. Identificado (a) con CC: 1048946095, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Rafael Carrasco María Paula	1049632802	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20				X									María Paula Carrasco
15 08 20				X									María Paula Carrasco
18 08 20				X					X				María Paula Carrasco
19 08 20				X									María Paula Carrasco
20 08 20				X									María Paula Carrasco
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 08000910302  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Vasquez Moreno Blanca Nubia	23.810.177	Consulta Ext funja

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
14 08 20				X							X		
18 08 20				X									
19 08 20				X									
20 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Blanca Nubia Vasquez Moreno Identificado (a) con CC: 23.810.177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jenny Gabriela Gutierrez Martinez	105721000	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	Polainas			
14 08 20				X									
18 08 20				X							X		
19 08 20				X									
20 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Gutierrez Martinez Identificado (a) con CC: 105721000, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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**



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 08 20				X									
15 08 20				X									
18 08 20				X					X				
19 08 20				X									
20 08 20				X									
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.

#### 4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Owaldo Guberna	<b>Cédula</b> 91244689	<b>Unidad</b>
--	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 7 20	1			4					1				
27 7 20	5			5					5				
27 7 20	2			2		2			2			1 Respirador M500	
30 8MM 20	4			4					4				
10 8 20	6			6					6				
10 8 20	4			6					4				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Figueroa Serrano Angely Dorely	<b>Cédula</b> 24167247	<b>Unidad</b> Asistencial
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmolas		
29/04/2020	✓			✓					✓		5 Gorras 5 tapabocas.	Angely F
03/05/2020	✓			✓					✓		1 Gorra 4 tapabocas	Angely F
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, Angely Dorely Figueroa Serrano 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Arendoza Esquivel Gloria Isabel	<b>Cédula</b> 1049628122	<b>Unidad</b> Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmolas		
26/05/2020	X			X					X		Tapabocas 4 + bata + 1 gorra	[Firma]
04/06/2020	X			X					X		Tapabocas 5 + bata	[Firma]
05/06/2020	X			X					X		Tapabocas 6 + 1 bata	[Firma]
18/06/2020	X			X					X		Tapabocas 4 + 1 bata	[Firma]
23/06/2020	X			X					X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]
30/06/2020	X			X					X		Tapabocas 4 + 1 bata	[Firma]
06/07/2020	X			X					X		Tapabocas 6 + 1 bata	[Firma]
13/07/2020	X			X					X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]
24/07/2020	X			X					X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]
27/07/2020	X			X					X		Tapabocas 6 + 1 bata	[Firma]
03/08/2020	X			X					X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]
10/08/2020	X			X					X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Central Nacional: 018000910303  
VIGILADO





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 05 20	X			X					X		3 tapabocas - 1 bata des	[Firma]
09 06 20	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
08 06 20	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
16 06 20	X			X							2 tapabocas - 1 cofia	[Firma]
23 06 20	X			X					X		1 cofia - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]
30 06 20	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofia	[Firma]
06 07 20	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofia	[Firma]
13 07 20	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofia	[Firma]
24 09 20	X			X							1 cofia 4 tapabocas	[Firma]
27 09 20	X			X					X		1 cofia 5 tapabocas 7 bata	[Firma]
03 08 20	X			X					X		4 tapabocas - 1 cofia - 7 tapabocas	[Firma]
10 08 20	X			X					X		1 bata 1 cofia 5 tapabocas	[Firma]

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Lina Alejandra Pinzón C.	1049632618	Jersalud.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 05 20	X			X					X		4 tapabocas.	[Firma]
09 06 20	X			X					X		5 tapabocas.	[Firma]
08 06 20	X			X					X		6 tapabocas.	[Firma]
16 06 20	X			X					X		2 tapabocas.	[Firma]
23 06 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]
30 06 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]
13 07 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]
24 09 20	X			X					X		4 tapabocas	[Firma]
27 09 20	X			X					X		6 tapabocas	[Firma]
03 08 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]
10 08 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]
17 08 20	X			X					X		5 tapabocas	[Firma]

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> David Pinzon	<b>Cédula</b> 8015 6030	<b>Unidad</b> Asistencia
--	----------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, 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			
23 06 20				X							X	2 tapabocas.	David Pinzon
16 07 20	X			X							X		David Pinzon
29 07 20	X			X							X	1 tapabocas	David Pinzon
30 07 20	X			Y							X	1 tapabocas.	David Pinzon
10 08 20	X			Y							X	1 tapabocas	David Pinzon
17 08 20	X			Y							X	1 tapabocas	David Pinzon
18 08 20	X			X							X	1 tapabocas	David Pinzon
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, David Pinzon identificado (a) con CC: 8015 6030, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Lina M. Arague	<b>Cédula</b> 46672428	<b>Unidad</b>
--	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
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.
30 08 20				X							X	5 Tapabocas	Lina M.
10 08 20				X							X	5 Tapabocas	Lina M.
18 08 20				X							X	5 Tapabocas	Lina M.
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Chaparro Chaparro Diana Sofía	<b>Cédula</b> 1002461363	<b>Unidad</b>
---	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 07 20	x			X					X	X		5 tapabocas	<i>Diana Sofía</i>
21 07 20	x			X					X	X		5 tapabocas	<i>Diana Sofía</i>
27 07 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 3 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
03 08 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 2 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
10 08 20	x			X					X	X		5 cofia + tapabocas,	<i>Diana Sofía</i>
20 08 20	x			X					X	X		5 tapabocas, 2 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Nancy Mogollón	<b>Cédula</b> 23323980	<b>Unidad</b> DENTANA
--	---------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
27 07 20	✓			✓					✓			5 de 90	<i>Nancy Mogollón</i>
31 07 20	✓			✓					✓			5 de 90	<i>Nancy Mogollón</i>
10 08 20	✓			✓					✓			5 de 90	<i>Nancy Mogollón</i>
18 08 20	✓			✓					✓			5 de 90	<i>Nancy Mogollón</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Nancy Mogollón 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.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910332



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Acero Martínez Diana Patricia	46456247	Ojutama

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

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

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

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
NECRAO AELLA DIANA MARCELA	1038603206	JERSALUD OJUTAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 20				X					X		6 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
08 06 20				X					X		5 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
16 06 20				X					X		2 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
23 06 20				X					X		4 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
30 06 20				X					X		5 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
6 07 20				X					X		5 tapabocas 1 bata	DIANA C.
13 07 20				X					X		6 tapabocas 1 bata	DIANA C.
20 07 20	X			X					X		4 tapabocas 1 bata	DIANA C.
28 07 20	X			X					X		5 tapabocas 1 bata	DIANA C.
30 08 20	X			X					X		4 tapabocas 2 batas	DIANA C.
10 08 20	X			X					X		5 tapabocas 1 bata	DIANA C.
18 08 20	X			X					X		4 tapabocas 1 bata 1 gorro	DIANA C.

Yo, DIANA NECRAO Identificado (a) con CC: 1038603206, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Triana Triana Hidayly	46458143	Dutama

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
16 06 20	X			X					X		2 Tapabocas	
23 06 20	X			X					X		4 Tapabocas	
30 06 20				X					X		5 Tapabocas	
06 07 20				X					X		5 Tapabocas	
13 07 20				X					X		6 Tapabocas	
21 07 20				X							4 Tapabocas	
27 07 20	X			X					X		6 Tapabocas	
03 08 20	X			X					X		4 Tapabocas	
10 08 20	X			X					X		6 Tapabocas	
18 08 20	X			X					X		4 Tapabocas	
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Hidayly 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.

#### 4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Dña Monqui Brigitte Daura	1057571E1	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	Polinias		
3 08 20	X			X					X		EPP 5 Guantes Tapabocas	
10 08 20	X			X					X		E. PP 5 Tapabocas Guantes	
18 08 20	X			X					X		EPP 5 Tapabocas Guantes	
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, Brigitte Daura Monqui Identificado (a) con CC: 1057571E1, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Leidi Ruth Gaitán Vargas	<b>Cédula</b> 108872757	<b>Unidad</b> Sagamosa
--	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas y Gomas	Leidi Ruth Gaitán
10 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas y Gomas	Leidi Ruth Gaitán
18 08 20	X			X							X	Epp 5 tapabocas y Gomas	Leidi Ruth Gaitán
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Leidi Ruth Gaitán Vargas identificado (a) con CC: 108872757, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	<b>Cédula</b> 46455020	<b>Unidad</b> JERSALUD SAGAMOSU
---	---------------------------	------------------------------------

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

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

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Daisy Vargas Páez	<b>Cédula</b> 1057585417	<b>Unidad</b> Seguros
---	-----------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lãtex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03/08/20				X					X		EPP 5 Tapabocas y Goro	[Firma]
04/08/20				X					X		EPP 5 Tapabocas y Goro	[Firma]
18/08/20				X					X		EPP 5 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Alexandra Herrera	<b>Cédula</b> 8608666	<b>Unidad</b> Seguros
---	--------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lãtex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/08/20	X			X					X		5 Tapabocas y Goro	[Firma]
10/08/20	X			X					X		5 Tapabocas y Goro	[Firma]
18/08/20	X			X					X		5 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Alexandra Herrera Identificado (a) con CC: 8608666, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Malaver Acendado Sandra</u>	<b>Cédula</b> <u>46672546</u>	<b>Unidad</b> 
--	----------------------------------	-------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
3 08 20				X								X	Elementos SPP (5 tapabocas, 5 guantes de látex, 5 guantes de nitrilo, 5 guantes de nylon, 5 batas desechables)	Sandra Malaver
10 08 20				X								X	Elementos SPP (5 tapabocas, 5 guantes de látex, 5 guantes de nitrilo, 5 guantes de nylon, 5 batas desechables)	Sandra Malaver
18 08 20				X								X	Elementos SPP (5 tapabocas, 5 guantes de látex, 5 guantes de nitrilo, 5 guantes de nylon, 5 batas desechables)	Sandra Malaver
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Carillo Lopez Cesar</u>	<b>Cédula</b> <u>9530770</u>	<b>Unidad</b> <u>CBST Sig</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				
3 08 20				X								X	epp 5 tapabocas y 5 guantes	Cesar Carillo
10 08 20				X								X	"	Cesar Carillo
18 08 20				X								X	epp 5 tapabocas y 5 guantes	Cesar Carillo
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Bonavides P. Maria Constanza</u>	<b>Cédula</b> <u>46370222</u>	<b>Unidad</b> <u>Seguro de</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			
30/08/2020				X					X			epp. 3 tapabocas con	M. Constanza B
19/08/2020				X					X			epp	M. Constanza B
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, M. Constanza Bonavides 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.**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Cely Pérez Sergio Ricardo</u>	<b>Cédula</b> <u>74.08349</u>	<b>Unidad</b> <u>Farmacé</u>
--	----------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20	X			X					X			epp 5 unidades cld	Sergio Cely
10/08/20	X			X					X			epp 5 unidades cld	Sergio Cely
18/08/20	X			X					X			epp 5 unidades cld	Sergio Cely
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sergio Cely Pérez Identificado (a) con CC: 7408349, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	<b>Cédula</b> 1.049631798	<b>Unidad</b> 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	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]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Deisy Carolina Hernandez H. identifico (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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> OLIDA DE AGUAS.	<b>Cédula</b> 32 772986.	<b>Unidad</b> 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								EPP - 5 Gomas Tapabocas	[Firma]
10/08/20				X								EPP - 5 Gomas Tapabocas	[Firma]
18/08/20				X								EPP - 5 Gomas Tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Olida de Aguas identifico (a) con CC: 32 772986, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Ana Romero López</u>	<b>Cédula</b> <u>46366015</u>	<b>Unidad</b> <u>Jogamoso</u>
---	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	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 Bata	Ana Romero
10 08 20	X			X							EPP 5 Tapabocas y Bata	Ana Romero
18 08 20	X			X							epp	Ana Romero
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Ana 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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	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/c/d	[Firma]
10 08 20	X			X							EPP 5/c/d	[Firma]
18 08 20	X			X							epp	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, 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 Corrala Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafia de seguridad	Caretas 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			Jackeline B
04 08 2020				X									Jackeline B
05 08 2020				X									Jackeline B
06 08 2020				X									Jackeline B
10 08 2020	X			X						X			Jackeline B
11 08 2020				X									Jackeline B
12 08 2020				X									Jackeline B
13 08 2020				X									Jackeline B
14 08 2020				X									Jackeline B
15 08 2020				X									Jackeline B
18 08 2020	X			X						X			Jackeline B
19 08 2020				X									Jackeline B

Yo, Gloria Jackeline Ballesteros Salgado identificado (a) con CC: 1033380836, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafia de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
20 08 2020				X									Jackeline 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.



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	<b>Cédula</b> 23.730.499	<b>Unidad</b> Chiquinquira
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 08 2020				X								Samira C
18 08 2020				X					X			Samira C
14 08 2020				X								Samira C
20 08 2020				X								Samira C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 08 20	X			X					X			Juliana Suarez
18 08 20				X								Juliana Suarez
20 08 20				X								Juliana Suarez
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 de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	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									Erika Saucedo
04 08 2020				X									Erika Saucedo
05 08 2020				X									Erika Saucedo
06 08 2020				X									Erika Saucedo
10 08 2020	X			X						X			Erika Saucedo
11 08 2020				X									Erika Saucedo
12 08 2020				X									Erika Saucedo
13 08 2020				X									Erika Saucedo
14 08 2020				X									Erika Saucedo
15 08 2020				X									Erika Saucedo
18 08 2020	X			X						X			Erika Saucedo
19 08 2020				X									Erika Saucedo

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 08 2020	X			X						X			Melissa C
19 08 2020				X									Melissa C
20 08 2020				X									Melissa C
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
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**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA		

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 08 20				X									
18 08 20	X			X						X			[Firma]
19 08 20													[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	1053340626	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 08 20				X									
18 08 20	X			X					X				[Firma]
19 08 20				X									[Firma]
20 08 20				X									[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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: 018000910332  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	<b>Cédula</b> 1002526470	<b>Unidad</b>
---	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
15 <sup>o</sup> 08 20	X			X					X					Jennifer Ballén
17 <sup>o</sup> 08 20				X										Jennifer Ballén
18 <sup>o</sup> 08 20				X										Jennifer Ballén
19 <sup>o</sup> 08 20				X										Jennifer Ballén
20 <sup>o</sup> 08 20				X										Jennifer Ballén
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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
19 08 20				X										Ingrith
20 08 20				X										Ingrith
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  
 Linea Central Nacional: 018000910303  
 VIGILADO





4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Armando I. Domínguez</i>	<i>531407</i>	<i>Garagoa</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	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>18 08 2020</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<i>19 08 2020</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<i>20 08 2020</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
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, Armando I. Domínguez Mtz 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Carcedo Avila Fanny Naily</i>	<i>33076330</i>	<i>Garagoa</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	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>14 8 20</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Fanny Carcedo</i>
<i>18 8 20</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<i>19 8 20</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<i>20 8 20</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fanny Naily Carcedo Avila identificado (a) con CC: 33076330, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gantiva Diana Bocio	1020752786	Galagosa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20	X	X	X			X	X	X	X	X		
18 08 20	X	X	X			X	X	X	X	X		
19 08 20	X	X	X			X	X	X	X	X		
20 08 20	X	X	X			X	X	X	X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Gantiva 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Castillo Morales Leidy Andrea	1048846141	Galagosa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 2020	Y			Y					Y			
18 08 2020	Y			Y					Y			
19 08 2020	Y			Y					Y			
20 08 2020	Y			Y					Y			
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 Andrea Castillo Identificado (a) con CC: 1048846141 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Camelo Suarez May</u>	Cédula <u>33676746</u>	Unidad <u>Guatemala</u>
---	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14 08 2020	X			X					X					
18 08 2020	X			X					X					
19 08 2020	X			X					X					
20 08 2020	X			X					X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
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.

#### 4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Guatemala

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Yanibe Velasquez Hernandez</u>	Cédula <u>1049795603</u>	Unidad
--	-----------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
18 8 20	X			X					X					
14 8 20	X			X					X					
20 8 20	X			X					X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yoly Muñoz Romero	101488587	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20	X			X		X			X			Yoly Muñoz
15 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
18 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
19 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
20 08 20	X			X					X			Yoly Muñoz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yoly Muñoz Romero identificado (a) con CC: 101488587, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Castro M.	1099999152	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
18 08 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
19 08 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
20 08 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daniela Castro identificado (a) con CC: 1099999152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
PUPO NORERO MELISSA	1045725943	Agro General

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Potainas			
14 08 20			X	X		X							
15 08 20			X	X		X							
18 08 20			X	X		X							
19 08 20			X	X		X							
20 08 20			X	X		X							
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Melissa Pupo Norero Identificado (a) con CC: 1045725943, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

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

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

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

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

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

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



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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	<b>Cédula</b> 63362434	<b>Unidad</b> 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 08 20				X		X			X			Apertura de Caja x 100 incl Guantes	
19 08 20				X									
20 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	<b>Cédula</b> 23783002	<b>Unidad</b> 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 08 20				X					X				Ana Silvia Peña
19 08 20				X									Ana Silvia Peña
20 08 20				X									Ana Silvia Peña
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 0180001910332



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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> GARCIA ARIAS DEISY JANETH	<b>Cédula</b> 53081059	<b>Unidad</b> MONQUIRA
---	---------------------------	---------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
14					1		2					Isabel Jerrano
15					1		1					Isabel Jerrano
16	1				1	1	1				1	N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio Isabel Jerrano
18					1		5					Isabel Jerrano
20					1		7					Isabel Jerrano
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										

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

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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b> DEISY LILIANA ESTEVES	<b>Cédula</b> 1052020668	<b>Unidad</b> JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
---	-----------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
14					1							Deisy Liliana Esteves
18	1				1						1	Deisy Liliana Esteves
19					1							N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial uso de M500 con filtro M400 Deisy Liliana Esteves
20					1							Deisy Liliana Esteves
20					1							Deisy Liliana Esteves
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										

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





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 8 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
16 8 2020	1			1					1			<i>Alix Margarita Acevedo</i>
18 8 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
20 8 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
01 09 2020												<i>Alix Margarita Acevedo</i>
02 09 2020												
03 09 2020												
04 09 2020												
05 09 2020												
06 09 2020												
07 09 2020												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 8 2020				1								<i>Milder Astrid Martínez</i>
16 8 2020				1								<i>Milder Astrid Martínez</i>
18 8 2020	1			1					1			<i>Milder Astrid Martínez</i>
20 8 2020				1								<i>Milder Astrid Martínez</i>
22 8 2020				1								<i>Milder Astrid Martínez</i>
01 09 2020												
02 09 2020												
03 09 2020												
04 09 2020												
05 09 2020												

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

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



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

<b>Apellidos v Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	1140868607	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	Potainas		
14				1		2						<i>María Paula Campos</i>
15				1		1						<i>María Paula Campos</i>
18	1			1		2		1		uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400		<i>María Paula Campos</i>
19				1		2						<i>María Paula Campos</i>
20				1		2		1				<i>María Paula Campos</i>
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										

Yo, María Paula Campos Identificado (a) con CC: 1140.868.607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	40399814	Jersalud Villav

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 08 20				X								
19 08 20				X								
20 08 20				X								

Yo, Olga Soledad Linares C identificado (a) con CC: 40399814, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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
Angie Machado	1121930795	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	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20		X		X							6000	
15 08 20				X							6000	
18 08 20				X							6000	
19 08 20				X							6000	
20 08 20				X							6000	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Angie Juely Machado R 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 de Control Nacional: 01800019303  
**VIGILADO**



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 08 20		X		X							Corro	Emeralda G.
13 08 20				X							Corro	Emeralda G.
14 08 20				X							Corro	Emeralda G.
15 08 20				X							Corro	Emeralda G.
18 08 20				X							Corro	Emeralda G.
19 08 20				X							Corro	Emeralda G.
20 08 20				X							Corro	Emeralda G.
20 08 20												
20 08 20												
20 08 20												
20 08 20												
20 08 20												
20 08 20												

Yo, Emeralda Guerrero V. Identificado (a) con CC: 1121816223, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Carolina Barbosa</u>	Cédula <u>1121833197</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
--	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 08 20				X								Andrea Barbosa
11 08 20				X								Andrea Barbosa
12 08 20		X		X							Corro	Andrea Barbosa
13 08 20				X							Corro	Andrea Barbosa
14 08 20				X							Corro	Andrea Barbosa
15 08 20				X							Corro	Andrea Barbosa
18 08 20				X							Corro	Andrea Barbosa
19 08 20				X							Corro	Andrea Barbosa
20 08 20				X							Corro	Andrea Barbosa
20 08 20												
20 08 20												
20 08 20												

Yo, Andrea Carolina Barbosa Uiles Identificado (a) con CC: 1121833197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gabriel Babilonia	106315205	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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogán de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
15 08 20				X								
16 08 20				X								
17 08 20		X		X							tambien se entregó casco	
18 08 20				X							casco	
19 08 20				X							casco	
20 08 20				X							casco	
21 08 20				X							casco	
22 08 20				X							casco	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Gabriel Babilonia Identificado (a) con CC: 106315205, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Wilder Navaa	112187280	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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogán de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
15 08 20				X								
16 08 20				X								
17 08 20		X		X							casco	
18 08 20				X							casco	
19 08 20				X							casco	
20 08 20				X							casco	
21 08 20				X							casco	
22 08 20				X							casco	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Wilder Iván Navaa Borja Identificado (a) con CC: 112187280, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> RUBY RUIZ	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencial
---	---------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 08 20				X								
11 08 20				X								
12 08 20		X		X							Corro	
13 08 20				X							Corro	
14 08 20				X							Corro	
15 08 20				X							Corro	
18 08 20				X							Corro	
19 08 20				X							Corro	
20 08 20				X							Corro	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Santand Montoya Jhoan	<b>Cédula</b> 1.006.773.398	<b>Unidad</b> Administrativa
---	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20				X								Jhoan Santana
06 08 20		X		X								Jhoan Santana
10 08 20				X								Jhoan Santana
11 08 20				X								Jhoan Santana
13 08 20				X								Jhoan Santana
14 08 20				X								Jhoan Santana
15 08 20				X								Jhoan Santana
18 08 20				X								Jhoan Santana
19 08 20				X								Jhoan Santana
20 08 20				X								Jhoan Santana
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jhoan Snider Santana Montoya Identificado (a) con CC: 1.006.773.398, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Antony Gutierrez y Luis Acosta, Wilson</u>	Cédula <u>26.891.468</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20			X	X							se le dio tapabocas (Jersalud)	
06 08 20			X	X							JERSALUD le dio tapabocas	
10 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	
11 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	
12 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	
18 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	
19 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	
08 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	
00 MM AA												
00 MM AA												
00 MM AA												
00 MM AA												

Yo, Antony Gutierrez Identificado (a) con CC: 26.891.468 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Diany Duarte Marías</u>	Cédula <u>52929438</u>	Unidad <u>Grupos - Asistencial</u>
---	---------------------------	---------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20				X								
10 08 20				X								
11 08 20				X								
15 08 20				X								
16 08 20				X								
18 08 20				X								
19 08 20				X								
00 MM AA												
00 MM AA												
00 MM AA												
00 MM AA												

Yo, Diany Duarte Marías Identificado (a) con CC: 52929438 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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







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

Apellidos y Nombres Completos <u>Van Camilo Fuentes</u>	Cédula <u>1010112835</u>	Unidad <u>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	Manguera de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X		X		X						
19	8	2020	X	X		X		X						
20	8	2020	X	X		X		X						
21	8	2020												
22	8	2020												
23	8	2020												
24	8	2020												
25	8	2020												
26	8	2020												
27	8	2020												
28	8	2020												
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

Yo, Van Camilo Fuentes identificado (a) con CC: 1010112835, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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>Leidy Velásquez</u>	Cédula <u>1121821832</u>	Unidad <u>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	Manguera de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X		X		X						
19	8	2020	X	X		X		X						
20	8	2020	X	X		X		X						
21	8	2020												
22	8	2020												
23	8	2020												
24	8	2020												
25	8	2020												
26	8	2020												
27	8	2020												
28	8	2020												
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

Yo, Leidy Velásquez identificado (a) con CC: 1121821832, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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

Nombre completo del empleado <u>Yamile Sabogal</u>	C.C. <u>40392862</u>	Lugar de trabajo <u>Arushua</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	Monopata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Pelotas			
17	8	2020	X			X		X					
18	8	2020	X			X		X					
19	8	2020	X			X		X					
20	8	2020	X			X		X					
21	8	2020	X			X		X					
22	8	2020											
23	8	2020											
24	8	2020											
25	8	2020											
26	8	2020											
27	8	2020											
28	8	2020											
29	8	2020											
30	8	2020											
31	8	2020											

Yo, Yamile Sabogal identificado (a) con CC: 40392862, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Nombre completo del empleado <u>Yuli Beltran</u>	C.C. <u>40218844</u>	Lugar de trabajo <u>Arushua</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	Monopata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Pelotas			
17	8	2020											
18	8	2020	X	X	X	X							
19	8	2020	X	X	X	X							
20	8	2020	X	X	X	X							
21	8	2020	X	X	X	X							
22	8	2020											
23	8	2020											
24	8	2020											
25	8	2020											
26	8	2020											
27	8	2020											
28	8	2020											
29	8	2020											
30	8	2020											
31	8	2020											

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

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	Código	Unidad
Aura Roa	4-121-898-957	Vicio Administrativo - Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Suavetes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
17	8	2020													
18	8	2020	X	X	X	X									<i>[Signature]</i>
19	8	2020	X	X	X	X									<i>[Signature]</i>
20	8	2020	X	X	X	X									<i>[Signature]</i>
21	8	2020	X	X	X	X									<i>[Signature]</i>
22	8	2020													
23	8	2020													
24	8	2020													
25	8	2020													
26	8	2020													
27	8	2020													
28	8	2020													
29	8	2020													
30	8	2020													
31	8	2020													

Yo, Aura Roa identificado (a) con CC: 4-121-898-957 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	Código	Unidad
Diego Bocanegra	1107054334	Vicio Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Suavetes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
17	8	2020													
18	8	2020	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
19	8	2020	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20	8	2020	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
21	8	2020	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
22	8	2020													
23	8	2020													
24	8	2020													
25	8	2020													
26	8	2020													
27	8	2020													
28	8	2020													
29	8	2020													
30	8	2020													
31	8	2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 018000190333  
**VIGILADO**



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

Nombre y Apellido	C.C.	Unidad
María Emille Navarro	1121838406	Clethano Anaya

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con valvulas	Guaantes de latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelainas					
17	8	2020													
18	8	2020	X	X	X	X									MARCELA
19	8	2020	X	X	X	X						X			MARCELA
20	8	2020	X	X	X	X									MARCELA
21	8	2020	X	X	X	X						X			MARCELA
22	8	2020													
23	8	2020													
24	8	2020													
25	8	2020													
26	8	2020													
27	8	2020													
28	8	2020													
29	8	2020													
30	8	2020													
31	8	2020													

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

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

Nombre y Apellido	C.C.	Unidad
Ahiana Lorena Rey Rodriguez	1.019.071.171	Trabajo Social - 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	Monogata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con valvulas	Guaantes de latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelainas					
17	8	2020													
18	8	2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
19	8	2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
20	8	2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
21	8	2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
22	8	2020													
23	8	2020													
24	8	2020													
25	8	2020													
26	8	2020													
27	8	2020													
28	8	2020													
29	8	2020													
30	8	2020													
31	8	2020													

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Gomez Leon Damián Miguel</u>	Cédula <u>112829774</u>	Unidad <u>Jersalud</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	Monogeta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 8 2020													
18 8 2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Damián
19 8 2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Damián
20 8 2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Damián
21 8 2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Damián
22 8 2020													
23 8 2020													
24 8 2020													
25 8 2020													
26 8 2020													
27 8 2020													
28 8 2020													
29 8 2020													
30 8 2020													
31 8 2020													

Yo, Damián Miguel Gomez Leon identificado (a) con CC: 112829774, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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>JOY CAROLINA ROJAS H.</u>	Cédula <u>40326034</u>	Unidad <u>Jersalud - Vicio</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	Monogeta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 8 2020												
18 8 2020												
19 8 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
20 8 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit consultorio 2	
21 8 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit consultorio 2	
22 8 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit consultorio 2	
23 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020												
28 8 2020												
29 8 2020												
30 8 2020												
31 8 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910333  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jocanna Córdoba</u>	Cédula <u>35263051</u>	Unidad <u>C/Extremo 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	Monopara de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17	8	2020											
18	8	2020	X	Y	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
19	8	2020	X	Y	Y	Y	Y	-	-	Y	-	Consulta telefónica	[Firma]
20	8	2020	X	Y	Y	Y	Y	-	-	Y	-	Consulta telefónica	[Firma]
21	8	2020	X	Y	Y	Y	Y	-	-	Y	-	Consulta telefónica	[Firma]
22	8	2020											
23	8	2020											
24	8	2020											
25	8	2020											
26	8	2020											
27	8	2020											
28	8	2020											
29	8	2020											
30	8	2020											
31	8	2020											

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Gina Karina Arango</u>	Cédula <u>40331099</u>	Unidad <u>C/Extremo 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	Monopara de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17	8	2020											
18	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
19	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
20	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo - Resol.	[Firma]
21	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
22	8	2020											
23	8	2020											
24	8	2020											
25	8	2020											
26	8	2020											
27	8	2020											
28	8	2020											
29	8	2020											
30	8	2020											
31	8	2020											

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jose Romero</u>	Cédula <u>86000094</u>	Unidad <u>Jersalud / Nitro</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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 8 2020												
18 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta verbal	<i>[Firma]</i>
19 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta verbal	<i>[Firma]</i>
20 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta verbal	<i>[Firma]</i>
21 8 2020												
22 8 2020												
23 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020												
28 8 2020												
29 8 2020												
30 8 2020												
31 8 2020												

Yo, Jose Romero Identificado (a) con CC: 86000094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a 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>Guaciro S. Cacer A.</u>	Cédula <u>1082774101</u>	Unidad <u>Com. Estima v/c.</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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 8 2020												
18 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
19 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
20 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
21 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
22 8 2020												
23 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020												
28 8 2020												
29 8 2020												
30 8 2020												
31 8 2020												

Yo, César A. Guaciro 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.

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







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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jentep Toales	<b>Cédula</b> 70933403	<b>Unidad</b> Jersalud
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 08 19				X					X		gomo	Jentep Toales
19 08 20				X				X				
20 08 20				X				X				
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> J12 Macho	<b>Cédula</b> 112933204	<b>Unidad</b> Jersalud
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06 08 20				X					X		No gomo	[Firma]
10 08 20				X					X			
11 08 20				X					X			
12 08 20				X					X			
13 08 20				X					X			
14 08 20				X					X			
15 08 20				X					X			
17 08 20				X					X			
18 08 20				X					X			
20 08 20				X					X			
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910332  
 VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Canta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20 07 19			X	X					X		gato	<i>[Signature]</i>
31 07 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
01 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
03 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
04 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
05 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
06 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
10 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
11 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
12 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
13 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
14 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Canta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 08 20			X	X					X		mas gato	<i>[Signature]</i>
17 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
18 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
19 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
20 08 20			X	X					X			<i>[Signature]</i>
21 08 20												
22 08 20												
23 08 20												
24 08 20												
25 08 20												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Sandra <i>[Handwritten]</i>	104300119	<i>[Handwritten]</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	
	Cofre	Monegaja de seguridad	Cinta desechable	Tapaocas desechables	Tapaocas N95 con válvula	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable			Pajamas
15 08 20				X					X		mas goro	<i>[Handwritten]</i>
16 08 20				X					X			<i>[Handwritten]</i>
17 08 20				X					X			<i>[Handwritten]</i>
18 08 20				X					X			<i>[Handwritten]</i>
19 08 20				X					X			<i>[Handwritten]</i>
20 08 20				X					X			<i>[Handwritten]</i>
22 08 20												
23 08 20												
24 08 20												
25 08 20												
26 08 20												
27 08 20												
28 08 20												
29 08 20												

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	12565313	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofre	Monegaja de seguridad	Cinta desechable	Tapaocas desechables	Tapaocas N95 con válvula	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable			Pajamas
1 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
3 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
4 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
5 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
6 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
10 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
11 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
12 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
13 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
14 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
18 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
19 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
20 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
21 8 2020		X		X					X			<i>[Handwritten]</i>
22 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020												
28 8 2020												
31 8 2020												

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

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



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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	<b>Cédula</b> 1 121 914 029	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
--	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogüeta de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 8 2020	X			X		X			X				
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JORGE CLAVIJO	<b>Cédula</b> 79 958 924	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogüeta de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 8 2020				X		X							
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogüeta de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 8 2020	X			X		X							
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							
22 8 2020				X		X							

Yo, LILIANA FONSECA Identificado (a) con CC: 37 094 408, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
18 8 2020	X			X		X			X				
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							
22 8 2020				X		X							

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
18 8 2020	X			X		X			X				
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							
22 8 2020				X		X							

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DAMARIS ESTRADA CAICEDO	1121839364	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
18 8 2020	X			X					X				
19 8 2020				X									
20 8 2020				X									
21 8 2020				X									
22 8 2020				X									

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.



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
18 8 2020	X			X		X							
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							
22 8 2020				X		X							

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

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
18 8 2020				X		X			X				
19 8 2020				X		X							
20 8 2020				X		X							
21 8 2020				X		X							

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	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		
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
18	8	2020			X		X			X			
19	8	2020			X		X						
20	8	2020			X		X						
21	8	2020			X		X						

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	1120498277	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		
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
18	8	2020			X		X			X			
19	8	2020			X		X						
20	8	2020			X		X						
21	8	2020			X		X						

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceja	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Pollineras		
18 8 2020				X		X			X			
19 8 2020				X		X			X			
20 8 2020				X		X			X			
21 8 2020				X		X			X			

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	<b>Cédula</b> 40449526	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceja	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Pollineras		
18 8 2020				X		X			X			
19 8 2020				X		X			X			
20 8 2020				X		X			X			
21 8 2020				X		X			X			

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
JAVIER HERRERA	86069207	REGENTE FARMACIA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas			
18	8	2020			X		X			X			JAVIER
19	8	2020			X		X						JAVIER
20	6	2020			X		X						JAVIER
21	8	2020			X		X						JAVIER

Yo, JAVIER HERRERAS 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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas			
18	8	2020			X		X			X			Hernan R
19	8	2020			X		X						Hernan R
20	8	2020			X		X						Hernan R
21	8	2020			X		X						Hernan R

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO

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

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

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

Apellidos y Nombre Completo	Código de Identificación	Unidad
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)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogelo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Guantes de algodón	Bata desechable	Polainas			
18 08 2020				1										
19 08 2020				1										
20 08 2020				1										
21 08 2020			1	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

Apellidos y Nombre Completo	Código de Identificación	Unidad
Angela Lopez Zipa	118554078	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	Monogelo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Guantes de algodón	Bata desechable	Polainas			
05 08 2020				X										
06 08 2020				X										
08 08 2020				X										
10 08 2020				X										
11 08 2020				X										
12 08 2020				X										
13 08 2020				X										
14 08 2020				X										
15 08 2020				X										
18 08 2020				X										
19 08 2020				X										
20 08 2020				X						X				

Yo, Angela Lopez Zipa identificado (a) con CC: 118554078, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres completos	C.C. (DNI)	Unidad
Adriana Victoria Corredor	40402032	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	Mascarilla de seguridad	Cesta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/08/2020				X									Adriana Corredor
06/08/2020				X									Adriana Corredor
08/08/2020				X									Adriana Corredor
10/08/2020				X									Adriana Corredor
11/08/2020				X									Adriana Corredor
12/08/2020				X									Adriana Corredor
13/08/2020				X									Adriana Corredor
14/08/2020				X									Adriana Corredor
15/08/2020				X									Adriana Corredor
18/08/2020				X									Adriana Corredor
19/08/2020				X									Adriana Corredor
20/08/2020				X						X			Adriana Corredor

Yo, Adriana 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.

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

Apellidos y Nombres completos	C.C. (DNI)	Unidad
Maria Alejandra Vargas Palacio	1090495225	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	Mascarilla de seguridad	Cesta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/08/2020				1									Maria A Vargas
06/08/2020				1									Maria A Vargas
08/08/2020				1									Maria A Vargas
10/08/2020				1									Maria A Vargas
11/08/2020				1									Maria A Vargas
12/08/2020				1									Maria A Vargas
13/08/2020				1									Maria A Vargas
14/08/2020				1									Maria A Vargas
15/08/2020				1									Maria A Vargas
18/08/2020				1									Maria A Vargas
21/08/2020				1									Maria A Vargas
20/08/2020				1						1			Maria A Vargas

Yo, Maria Alejandra Vargas Palacio Identificado (a) con CC: 1090495225, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Martha Cordoba	NÚMERO DE C.C.P.P. 3348734	DEPARTAMENTO 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, 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	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 08 20				X									- Martha Cordoba
14 08 20				X									- Martha Cordoba
15 08 20				X									- Martha Cordoba
18 08 20				X									- Martha Cordoba
19 08 20				X									- Martha Cordoba
20 08 20				X				X					- Martha Cordoba

Yo, Martha Cordoba Identificado (a) con CC: 3348734 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Kelly Vanessa Ruiz	NÚMERO DE C.C.P.P. 1010201040	DEPARTAMENTO Medico General / Asistencia
---	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 08 20				1									Viampos
13 08 20				1									plchem
18 08 20				1									Viampos
19 08 20				1									Viampos
20 08 20				1									Viampos
21 08 20				1									Viampos

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

<b>Cesar Dante Santos</b>	<b>1047 438 183</b>	<b>Medico General Asistencia</b>
---------------------------	---------------------	----------------------------------

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	Monogafis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20				1								u.D
18 08 20				1								u.D
19 08 20				1								u.D
20 08 20				1								u.D
21 08 20				1								u.D

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

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

<b>Harold Guillermo Penaranda</b>	<b>844 55 111</b>	<b>Medico General Asistencia</b>
-----------------------------------	-------------------	----------------------------------

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	Monogafis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 08 20				1								
15 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								

Yo, **Harold Guillermo Penaranda**, identificado (a) con CC: **844 55 111**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellido, Nombre y Primeras Letras: Henry Dario Oca  
C.C.P.P.: 9432965  
Departamento / Unidad: Medico General / Asistencia I.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
14 08 20				1								
15 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20												

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

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

Apellido, Nombre y Primeras Letras: Vanessa Charis  
C.C.P.P.: 1080015590  
Departamento / Unidad: Asistencial / JEFE PAF.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								
13 08 20				1								
14 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								

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

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 <b>Oscar Jimenez</b>	C.C.P.F. <b>10340010740</b>	Unidad <b>Psicologo / Asistencia</b>
---	--------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollines		
14 08 20				1								
15 08 20				1								
15 08 20					1							
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								

Yo, **Oscar Jimenez** identificado (a) con C.C. **10340010740**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <b>Yoriz Socha Burrebó</b>	C.C.P.F. <b>1.118.594.733</b>	Unidad <b>Tec. Sistemas / Administrativo</b>
---	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollines		
14 08 20				1								
15 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								

Yo, **Yoriz Socha Burrebó** identificado (a) con CC: **1.118.594.733**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

**Apellido y Nombre completo:** Mariana Natalia Cediel **C.C.:** 1.118.570.378 **Area:** Enfermería / Asistencia I.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 08 20				1								
18 08 20				0								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				0								

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

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

**Apellido y Nombre completo:** Milbany Sarmiento Sanabria **C.C.:** 47440972 **Area:** Abotécnica I.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 20				1								Milbany Sarmiento
03 08 20				1								Milbany
04 08 20				1								Milbany
05 08 20				1								Milbany
06 08 20				1								Milbany
10 08 20				1								Milbany
11 08 20				1								Milbany
12 08 20				1								Milbany
13 08 20				1								Milbany
14 08 20				1								Milbany
18 08 20				1								Milbany
19 08 20				1								Milbany

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

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

<b>Analisis y Nombras Completas</b>	<b>Identificado</b>	<b>Unidad</b>
Arlyn Ramirez	1.118.553.056	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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 08 20				1								Arlyn Ramirez
03 08 20				1								
04 08 20				1								
05 08 20				1								
06 08 20				1								
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								
13 08 20				1								
14 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								

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

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

<b>Analisis y Nombras Completas</b>	<b>Identificado</b>	<b>Unidad</b>
Johana Rincon Norcua	1.118.533.308	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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 20				2								Johana Rincon
03 08 20				1								Johana Rincon
04 08 20				1								Johana Rincon
05 08 20				1								Johana Rincon
06 08 20				1								Johana Rincon
10 08 20				1								Johana Rincon
14 08 20				1								Johana Rincon
12 08 20				1								Johana Rincon

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <b>ESNEIDER MANOTAS</b>	Cédula <b>17953.025</b>	Unidad <b>CIENELOGIA/Asistencia</b>
--	----------------------------	--

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

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	Poblinas	Observaciones	Firma
01 07 20						1			1			
02 07 20									1			
08 07 20	1			1	1				1			
09 07 20									1			
15 07 20				1	1				1			
22 07 20				1	1				1			
29 07 20				1	1				1			
04 08 20	1			1	1				1			
06 08 20	1			1	1				1			
10 08 20				1	1				1			
14 08 20	1			1	1				1			

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

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

Apellidos y Nombres Completos <b>Ulivan Suarez Hernandez</b>	Cédula <b>1.118.537.038</b>	Unidad <b>Mat. Interna / Asistencia</b>
---	--------------------------------	--

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

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	Poblinas	Observaciones	Firma
14 08 20	1			1					1			
15 08 20	1			1					1			
18 08 20	1			1					1			
19 08 20	1			1					1			

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas		
29 07 20				1					1			
03 08 20				1	1							
04 08 20				1					1			
05 08 20				1					1			
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								

Yo, Ivan Dario Hernandez identificado (a) con CC: 1053538208-9 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Liribeth Cruz	52929376	pediatria/Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 20				1	1				1			
08 07 20				1	1							
15 07 20				1					1			
22 07 20				1	1				1			
29 07 20				1	1				1			
03 08 20	1			1	1				1			
08 08 20	1			1	1				1			

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Controladora Nacional: 0180001910303  
VIGILADO



## 5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

#### 5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja


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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	NELLY CALVO	FRAMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	JULIAN MORENO	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (flocker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	LEIDY MONROY	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	JOHANA VARGAS	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	CLAUDIA MONTAÑEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	FANNY ASTRID NIÑO	CONSULTA EXTERNA	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		x		
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		x		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			x	

TOTAL	12	2	1	PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				80% - 94%	ACEPTABLE
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	88%			95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	DORIS MAYORGA	ADMINISTRATIVO	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Oficina General de Asesoría Jurídica, 010001910332  
 Vigilado



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	MARIA CECILIA RODRIGUEZ	ADMINISTRATIVO	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 Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	ANDESON VACCA	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	MARIA LUCIA PEDRAZA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	MARIA PAULA REYES	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e igual 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	

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%	SOBRE SALIENTE



5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Agosto 2020	Diana Cercado	Duitama	Diana Acebo

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
 VIGILADO







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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Agosto 2020	Sonia Pira	Dutama	Diana Acew

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Agosto 2020	Lina Zabala	Oútona	Diana Acevo

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Agosto 2020	Lina Araque	Química	Dianice Acevo

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) aquí 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		No hay locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)		X		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Agosto 2020	Hidaly Triana	Quítema	Dianco Aren

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

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20 Agosto 2020	Diana Acero	Ditama	Hidaly Triana

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


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

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

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



### 5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	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	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 prácticas de seguridad			X	

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/08/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/08/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMO SO	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			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/08/2020	BERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	LEIDY RUTH GAITAN	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 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			

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	ELIDA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA BOGAMOZO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	ALEXANDER HERRERA	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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


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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	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 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 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	

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



**5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá**

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Leidy Bartrago	Chiquinquirá	Leidy Bartrago

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 0500019333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Shirley Romero	Chiquinquirá	Leidy Butrago

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


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

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-09-2020	Erika Saucedo	Chiquinquirá	Leidy Barrojo


Calificación del evaluador: 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	C	NC	NA	PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01600019033



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Gloria Ballesteros Chiquingura		Ledy Burbuero

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Denifer Romero	Chicumpita	Ledy Bartrayco

Calificación del evaluador: 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	Evitar utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Melisa Cardenas Chiggora		Jerdy Butrago

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


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Samira Castellanos Chapungura		Leidy Bertrago


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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Natalia Lozano	Chigaura	Leidy Bartrago

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional, 01800019033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-08-2020	Juliana Suarez	Chigaguira	Ledy Butrago

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01600019033  
**VIGILADO**



### 5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Monquirá

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ

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		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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			EN ATENCION AL USUARIO.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANALMENTE
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		USO DE ARGOLLA
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades 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	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	60%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	VONNE 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 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		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	C	NC	NA	PUNTAJE	
	14	1		0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	93%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUX. FARMACIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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	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 específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección 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.

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección 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

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



**5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Armando Domínguez	Garagoa	Diana Gantica

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

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

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

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Comuna Nacional, 01000191033





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Leidy Cortillo	Salud	Diana 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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Mery Camelo	Biología	Diana Gantroy

Calificación del evaluador: 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	6	9	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80/.		

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

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 01800019333



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Fanny Carcedo	Galapagos	Diana Gantioy


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Dora Gantiva	Salud	Alfredo Domínguez

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

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

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

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



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/08/2020	Melina Pupo Moran	Asistencial	

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


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

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

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Guateque, D.C.  
 Unidad Central Operativa - 01600010303



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/08/2020	Yuly Muñoz	Administrativo	

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


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

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	700%.		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	Yanibe Velazquez	Farmacia	


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

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

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	700%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	Daniela Castro	Asistencial	Daniela Castro

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

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

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


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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
 VIGILADO





### 5.1.8 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Soatá


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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	FLORISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			uso de monogafas y protección respiratoria N95 en procedimientos de laboratorio.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			x	
<b>TOTAL</b>		14	0	1	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80% 80% - 94% 95% - 100%
					NO CUMPLIDO ACEPTABLE SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS	ASISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVEZ

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	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
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente X				
4	Usa bata o 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 x individuales).				no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente. x				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador. x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y x conservación de los E.P.P.				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran. x				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, x pulseiras, cadenas, etc.)				
12	Utiliza calzado cerrado x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres) x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad) X				
<b>TOTAL</b>		15	0		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)		100%			

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



**INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

F(GD)003

Versión: 1

04-18

1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2018/020	ALEXIA MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEBY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, mono/pantal y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		manifiesta no uso de mono/pantal usa protección respiratoria convencional.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Usa bata o 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 individual).	X			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polvos tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	realiza labor administrativa
<b>TOTAL</b>		11	1	3	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)		91%			

PUNTAJE	
0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
94% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>





INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

F/GT/0037  
Versión: 1  
oct-16  
1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20200803	DEBY LILIANA ESTEVES	ADMINISTRATIVA	DEBY LILIANA ESTEVES

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

Nº	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafa, y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes, manera pretend al RESPIRADOR n 500 con filtro n100
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	x			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19  no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible en para su almacenamiento.
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que pueden generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (todas individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (pañuelos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias.	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas, se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos poleras tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	
TOTAL		14		1	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *100)		100%			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800010333  
Línea de Consulta Normativa: 01800010332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL INSPECTOR	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	ASTRID	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	Utiliza vestimenta facial, monoginas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar	x			uso de protección respiratoria convencional
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x	labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x	labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			usa bata impermeable a pesar de que realiza labor administrativa
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitar utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas			x	

<b>TOTAL</b>	12	0	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados x 100)	100%		

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



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Esmeralda Guerrero	Asistencial	JUAN SANTANA

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza 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	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Angie Machado	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5	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	GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Carolina Barbosa	Asistencial	Jhoan Santana


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

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

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Ruby Ruiz	Asistencia	JMOAN SANTANA

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

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

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Wilder Novoa	Asistencial	Jhoan Sartana

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

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

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
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(GT11)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Gabriel Babitana	Asistencial	Jhoan Santana


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

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

<b>TOTAL</b>	9	0	6
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



	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
19/08/20	Diego Bocanegra	Admin	Jhoan Santana

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Aura Roa	Admin	Jhovan Santana

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

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

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	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
19/08/20	Juli Beltran	Admin	Jhovan Santana

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

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

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	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
19/08/20	Maria Navarro	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

TOTAL	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
19/08/20	windy garitan	Asistencial	JMOON SANTANA


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Ivan Puentes	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

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



	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
19/08/20	Ledy Velasquez	Asistencial	TACAN SANTANA

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Yamile Sabogal	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Omar Avila	Asistencial	Jhoan Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza 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				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Γ(GTI)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Ariana Per	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/18	Jaddy Torres	Asistencia	Jhonn Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza 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
19/08/20	Jose Romero	Asistencial	Johan Santana

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

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

TOTAL	10	0	5	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
19/08/20	Sobredad Linares	Admin	Jhon Santana

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/20	Diany Duarte	Admin	Jhoan Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	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  
 Lima, Correo Nacional: 016000190382  
 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
19/08/20	Laura Pinto	Admin	Jhona 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 (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Dorwin Gomez	Asistencial	JHOAN SOLTANA

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

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

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

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
20/08/20	July Rojas	Asistencial	Jhoan Santana

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

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

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



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	JAVIERA CORDOBA	Asistencial	JUAN SANTANA


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

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

TOTAL	14	0	4	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta 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
20/08/20	Marina Arango	Asistencial	Jhoan Santana


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/20	Cesar Guerrero	Asistencial	Incor 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	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 0180001910332  
**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
20/08/20	Sandra Peñalosa	Admin	JMOON SANTANA

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

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

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


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

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






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

		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
20/08/2020		LEIDY MORALES		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, 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			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
20/08/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
20/08/2020		LIZ MADRID		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>	<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>
20/08/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA	SANDRA PATIÑO
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	
<b>TOTAL</b>		13	1	1	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b>
					80% - 94% <b>ACEPTABLE</b>
					95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>



### 5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/8/2020	OLINDA MURILLO	LÍNEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/8/2020	DIANA SANCHEZ ALBA	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/8/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/8/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/8/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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


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

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

www.jersalud.com




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


		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
20/08/2020		NOHORA ALEJANDRA PIRABAN		AUXILIAR DE ENFERMERIA		ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			PENDIENTE ENTREGA DE MONOGAFAS		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	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					
<b>TOTAL</b>		12	0	3	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de 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	
20/08/2020		YADIRA TORO PINEDA		CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			PENDIENTE ENTREGA DE MONOGAFAS	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	IMNA MENDIETA CONTRERAS	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20/08/2020	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019033




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
20/08/2020		LILIANA FONSECA		CONSULTA EXTERNA		ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 NO PRESENCIALES		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIÓNES NO PRESENCIALES		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIÓNES NO PRESENCIALES		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
20/08/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los 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		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			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



### 5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTH)027 Versión: 1 oct-18 1DE1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
18/08/2020	Kelly Vanessa Ruiz	Asistencial	Ysella Gonzalez			
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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		
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b> 80% - 94% <b>ACEPTABLE</b> 95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/08/2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez

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


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

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



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
13/08/2020		Harold Peñaranda		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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			
<b>TOTAL</b>		13	0	2			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
19/08/2020		María Alejandra Vargas		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			<b>0% - 80%</b>	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					<b>80% - 94%</b>	<b>ACEPTABLE</b>	
					<b>95% - 100%</b>	<b>SOBRESALIENTE</b>	





INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Versión: 1

oct-18

1DE1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/08/2020	Vanesa Charris	Asistencial	Ysella Gonzalez

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


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

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




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1DE1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
19/08/2020	Henry Dario Uva Pelayo	Asistencial	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTHJ027 Versión: 1 oct-18 1DE1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
19/08/2020	Natalia Cediel	Asistencial	Ysella Gonzalez			
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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		
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
19/08/2020		Milbany Sarmiento		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




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





FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
19/08/2020		Arlyn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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 tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
<b>TOTAL</b>		10	0	5			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1DE1	
<b>FECHA</b>	<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	<b>ÁREA / UNIDAD</b>	<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>			
19/08/2020	Yorz Socha	Administrativo	Ysella Gonzalez			
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de sistemas	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello 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		
<b>TOTAL</b>		9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * )		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE1

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


<b>TOTAL</b>	14	10	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100%)</b>	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1DE1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
19/08/2020	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		
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



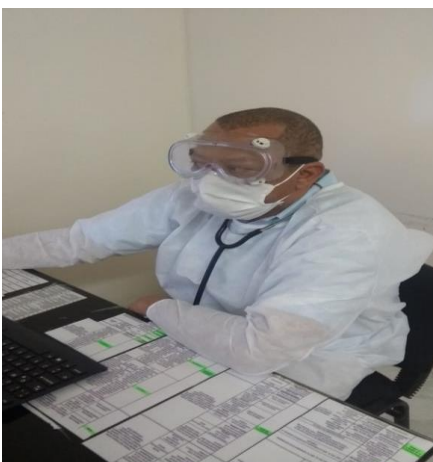
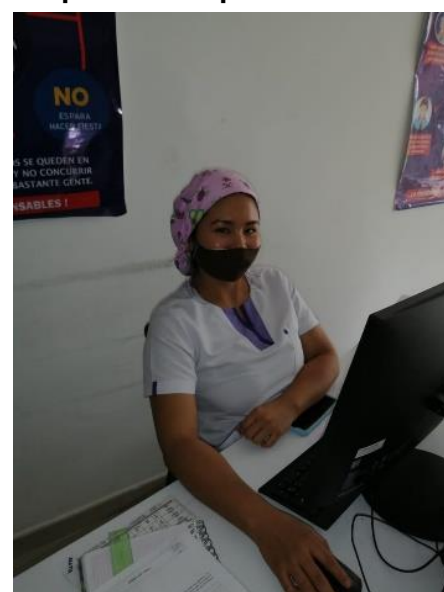
		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
19/08/2020		Angela Consuelo Zipa		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * )		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1DE1	
<b>FECHA</b>	<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	<b>ÁREA / UNIDAD</b>	<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>			
19/08/2020	Martha Cordoba	Asistencial	Ysella Gonzalez			
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		Auxiliar de farmacia	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X		
<b>TOTAL</b>		10	1	4		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados)		93%				
					<b>PUNTAJE</b>	
					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



### 5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal







**6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES**

**6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá**

**6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	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	Odisnea	Fatiga y Adinamia			
13/08/20	Juan E. Molano	M.D	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
13/08/20	John Garcia	M.D	C. Ext	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13/08/20	Mario Pardo	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13/08/20	Isabel Pardo	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13/08/20	Carolina Goy	M.D.	C. EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13/08/20	Miguel Angel	M. D	C. EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
13/08/20	Andrés Pardo	Dir. Adv.	Genial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-08-20	Diego Vargas	Aux S. Genial	C. Extens	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
14-08-20	Melissa Pardo	Neuromuscular	Quimica	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
14/08/20	Jennifer Molano	T.S.	A.S.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/08/20	Diana Barrios	Aprensiz	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/08/20	Andrés Pardo	Dir. Adv.	Genial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/08/20	Olivero	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/08/20	Zulma Betancur	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/08/20	Monica Flaca	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-08	Quenda Borrero	M.D	C. Ext	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
14-8-20	Yedy R. Valle	Enfermera	C. Ext	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

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 analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo contacto	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	Odisnea	Fatiga y Adinamia			
14-08-20	Ryanna Borrero	Aux. Farmacia	ADIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-08-20	Nelly Calvo	Aux. Farmacia	ASIS	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-08-20	NELLY CALVO	AUX. FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-08-20	Yancy Medina	AUX. FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Ryanna Borrero	Aux. Farmacia	ADIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	NELLY CALVO	Aux. Farmacia	ASIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18/08/20	Johana Vargas	Aux farmacia	ASIST	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-08-20	Rosalba Itagbe	Reg de farmacia	ASIS	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19-08-20	Ryanna G.	Aux. Farmacia	ADIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/08/20	Johana Vg	Aux farmacia	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/08/20	Julian Moreno	Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/08/20	NELLY CALVO	Aux. Farmacia	ASIST.	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/08/20	Ryanna G.	Aux. Farmacia	ADIS	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/08/20	NELLY CALVO	AUX. FARMACIA	ASISTENCIA	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/08/20	Julian Moreno	Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/08/20	Rosalba Itagbe	Reg de farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/08/20	Johana Vargas	Aux farmacia	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333  
 Línea de Atención al Profesional: 01800019333  
**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 antifebriles o acetaminofen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14-08-20	Edriela Suárez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Blanca Vasquez	Coord Sede	Tempe	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Juan Rojas	Eng. Esp. T	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Mario Páez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Boris Mijaca Esp	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Nuria Jasso Paja	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08-20	Juan Cesar Rojas	Eng. Esp. T	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Edriela Suárez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Boris Mijaca Esp	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Mario Páez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Nuria Vasquez	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-08-20	Daniela	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08-20	Edriela Suárez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Edriela Suárez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-08-20	Boris Mijaca Esp	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Mario Páez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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 antifebriles o acetaminofen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14-08	Jordan Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-8-20	Juan Fonseca	psicologo	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Andrea Ziza	Aux-Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	Juan Lora	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/20	Jael D	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/20	Gerson Gurrea	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	Jochel Flores	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	Monica Hara	Medico	Coord	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	Anderson Barrera	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	Orang Ibáñez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Juanita Mero	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Yago Rojas	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Claudia Rodríguez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-8-20	Juan Fonseca	psicologo	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/20	Jael Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/20	Sara Gallo	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/20	Juan Lora	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/8/20	Gerson Gurr	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	Jochel Flores	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0800010333  
**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 antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
15-08-20	Anderson Dávalos	Aux. Admin	C. Gen	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Anderson
15/08/20	Zulma Belarain	Enfermera	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Zulma
15/08/20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Diana
15/08	Claudia Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Claudia
15/08	Wendell	Nutricionista	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Wendell
15/08/20	Sixto M. L.	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Sixto
15/08/20	Anderson Dávalos	Aux. Admin	C. Gen	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Anderson
15/08/20	Yngacano Galarza	MD	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Yngacano
15-08-20	Leidy Limarez	Aux. admn	esent.	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	Leidy
15/08/20	Wendell	Nutricionista	C. Ext	No	No	34.9	No	No	No	No	No	No	Wendell
15/08/20	John W. S.	MD	C. Ext	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	John
15/08/20	Monica Flea	Medico	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Monica
15-08-20	Fania Rodriguez	Aux Adminis	C. Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Fania
15-08-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Diana
15-08-20	María Julia Pez	Aux Admin	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	María
15-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
15-08-20	Claudia B.	Admin	Admin	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Claudia
15-08-20	Judith Maza	Aux. sup	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Judith

(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 antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18-08-20	Fania C. Rodriguez	Aux Admin	C. exte	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Fania
18-08-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Diana
18-08-20	Jennifer Mateo	T.S	H.S.	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Jennifer
18-08-20	Luz Mojica	Medico.	C. Exte.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Luz
18-08-20	Anderson Dávalos	Aux Admin	C. Ext.	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Anderson
18-08-20	Andrea Zepa	Aux Admin	Admin	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Andrea
18-08-20	Francis Ybarra	Med Gen	C. Ext	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Francis
18-08	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Wendell
18-8-20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Wendell
18-08-20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Wendell
18-08-20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Wendell
18-08-20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Wendell
18/08/20	John W.	MD	C. Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	John
18/8/20	Joel Pez	MD	C. Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Joel
18/08/20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Wendell
18-08-20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Wendell
18-08-20	Wendell Beroya	MD	C. Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Wendell

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



(Jersalud) FIGA003  
Versión 2  
may 20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18-08-20	Claudia R	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R
18-08-20	Dennis Espinosa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dennis
18-08-20	John Jhon	MD	C-Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John
18-08-20	Son Cab	MD	C-Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Son
18-08-20	Joel Dora	MD	C-Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel
18-08-20	Mario Paula Pajo	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
18-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
18-08-20	Fran Rodriguez	Aux Adm.	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fran
18-08-20	Fabiola Plaza	Medico	C-Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fabiola
19-08-20	Jennifer Motos	T.S	A.S	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
19-08-20	Andrea Zepa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
19-08-20	Monica Plaza	Medico	C-Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
19-08-20	Giulio Ca	Medico	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Giulio
19-08-20	Zulma Betora	Enfermera	C-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zulma
19-08-20	Fludia Jimenez	Med. Grad	Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fludia
19-08-20	Diana Ibanez	Aprendiz	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
19-08-20	Cecilia Suarez	MD	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cecilia
19-08-20	Zulma	Aux Admin	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zulma

(Jersalud) FIGA003  
Versión 2  
may 20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
19-08-20	Jordan Torres	Medico	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jordan
19-08-20	Moung-Lara	Medico	C-Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Moung
19-08-20	Genison Gam	Medi.	C-Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Genison
19-08-20	Fabiola Plaza	Medico	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fabiola
19-08-20	Fludia Jimenez	Med. Grad	C-Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fludia
19-08-20	Maria Elena	MD	C-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
19-08-20	Diana Ibanez	Aprendiz	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
19-08-20	Claudia R	Aux admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
19-08-20	Son Cab	Medico	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Son
19-08-20	Dennis Espinosa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dennis
19-08-20	Luz Cayana Cepeda	M.D.	C-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz
19-08-20	Juan Carlos	Psicologo	C-Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
19-08-20	Maria Paula Pajo	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
19-08-20	John Jhon	MD	C-Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John
19-08-20	Andrés Celis	Aux. Adm	C-Ext	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
19-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela
19-08-20	Genison Gam	Medico	C-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Genison
19-08-20	Fabiola Plaza	Medico	C-Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fabiola

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800010333  
Línea de Consulta Nacional: 01800010332

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGURAS Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
19-08-20	Juan César Rojas	Taj. Support	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Alfredo Cuervo	Analista SST	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Susan Herrera	Taj. Support	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Gabriela Estévez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Diego Mayocca Espi	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Maria Páez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGURAS Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
20/08/20	Jennifer Rojas	T.S	A.S	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Gilma Cu	RD	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Monica F	Mol	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Claudia Rodríguez	Aux admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Anderson Viced	Aux admin	Linea	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Diana Ibañez	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Luz Mojica	Med	C. Ext.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Andrés Montañez	Yed. Gen	CERT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Zulma Betancur	Enfermera	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Glaurice Duran	MD	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	David Ruiz	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-8-20	Juan Inseca	psicologo	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-8-20	John Lora	MD	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	San Cruz	MD	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Isabel Pineda	MD	CERT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/20	Armin Alvarado	MD	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Monica F	MD	CERT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-8-20	Joel Durán	MD	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-8-20	Andrés Viced	MD Gen	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
												FATIMAA	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
18-08-20	Mayra Velazco	Aux. farmacia	Asist. F.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Hidaly Triana	Aux. Adm	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO		
18/08/20	Diana P. Acevedo	Enfermera	Asistenc	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A	
18/08/20	Diana Cecilia	Mbo Adm	Adm	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C	
18-8-20	Rita Murga	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Santiago Arango	Aux. farmacia	Asistenc.	NO	NO	35,5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18/08/20	Kevin Rosary	Médico	Asist.	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-8-20	Quinto Gomez	Medico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Alejandra Pineda	Aux Adm	Admin	NO	NO	35,5	NO	NO	SP	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
												SAUDA	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
18-08-20	Sonia Piva	Aux. Farmacia	ASISTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	APREN	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18/08/20	Kevin Rosary	MEDICO	ASISTEN	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
18/08/20	Diana Acevedo	Enfermera	ASISTE	NO	NO	36,	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A	
18/08/20	Diana Cecilia	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C	
18/08/20	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,5	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]	
18-08-20	Hidaly Triana	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332  
Línea Correo Nacional: 018000910332



Jersalud											FIGAA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
											ENTRADA	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Felga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
19/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Duffel
19/08/20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
19/08/20	Diana P. Aceo	Enfermera	Asist.	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
19/08/20	Diana Cercado	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C.
19/08/20	Sonia Pira	Aux. farmacia	Asisten	NO	NO	35.9	SI	NO	NO	NO	NO	
19/08/20	Juan Tabares	Rcg Fer	Asist	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
19-8-20	Lina Arango	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17-8-20	Mayerly	Aux farmacia	Asisten	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
19-8-20	Olivia de la Cruz	Medica	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
19-08-20	Juan Rosendo	Medico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
19-08-20	Hidalys Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	

Jersalud											FIGAA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
											SALIDA	

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Felga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
19/08/20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Admin	NO	NO	38.3	NO	NO	NO	NO	NO	Duffel
19/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Duffel
19-8-20	Lina Arango	Aux Adm	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
19-08-20	Juan Rosendo	Medico	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
19-08-20	Hidalys Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
19/08/20	Diana Aceo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
19/08/20	Diana Cercado	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA C.
19/08/20	Sonia Pira	Aux. farmacia	Asist.	NO	NO	35.9	SI	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010333  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



ENTRADA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adinamia			
20/08/20	Sonia Pina	Aux. farmacia	Asiste farmacia	NO	NO	35.6°C	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-8-20	Lina A. Fajal	Aux. Adm	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-8-20	Hidaly Triana	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/20	Sofía Chavarro	Aux. Admin	APRENDIZ	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/20	Diana Aceo	ENFERMERA	ASISTENC	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
20/08/20	DANA CEJASO	AUX ADM	ADM	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DANA C
20/08/20	KATIA PEDRAZA	MAESTRO	Administrat.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Lina Zabalza	Req. Farmacia	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/08/20	Miguel Velaz	AUX. farmacia	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adinamia			
14-08	Sandra Hlavac	Aux. Adm	Línea Frente	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08	Luis Gaitan	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/08/20	MILENA QUINCE	ENFERMERA	ASISTENC	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Deisy Carolina	MAESTRO COORD	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Cecilia Loren	MAESTRO	Exten	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Deisy Vargas	AUX. enfermera	asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-8-20	Cesar Camillo	MD	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14.08.20	Sergio Galy	Regente	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08	Diana Romero	Aux. Adm	Línea Frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08	Diana	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Sebastián River	medico	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14.8.20	Elvira Jorgens	Medica	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?			
15-08	Ana Roman	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
15-08-20	MILENNA QUINTO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENNA
15-8-2020	Deyana D	Aux. Farmacia	Formación	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deyana
15-08-20	Gleclonore	medico	CGX	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gleclonore
15.8.20	Elinda Deagun	Medico	CEXT.	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elinda
15-08-20	Sergio Celis	Representante	Formación	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio Celis
15-08	Luis Gilán	Aux. Farmacia	Formación	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Gilán

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?			
18-08	Ana Roman	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
18-08	Deyana D	Aux. Farmacia	Formación	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deyana
18-8-20	Esmeralda	Medico	CEXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esmeralda
18-08-20	Deisy Camille	Medico	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
18-08-20	Deisy Vargas	Aux. enfer.	asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
18-08-20	Gleclonore	medico	CGX	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gleclonore
18-08-20	Sergio Celis	Representante	Formación	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio Celis
18-08	Sandra Hobar	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
18-08	Luis Gilán	Aux. Farmacia	Formación	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Gilán
18-08-20	Yolimar Hernandez	Aux. administrativo	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolimar
18-08-20	Abatón Rivera	Medico	CEXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Abatón
18.8.20	Elinda Deagun	Medico	CEXT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elinda

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Calle Comercio Nacional, 010000190333  
 Lima, Correo Electrónico: 010000190333  
**VIGILADO**



Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrofa	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
19-08	Sandra Malaver	Area Aditivo	Linea frente	SI	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
19-08	Luzi Ruth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luzi
19/08/2020	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
19/08/20	Alexandra	medico	CEXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
19-8-20	cesar Casullo	MD	CEXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
19-08-20	Daisy Vargas	aux enfermera	asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
19.8.20	Edwin Hernandez	coord.	admón.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin
19.08.20	Sergio Gely	Regente	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
19-08-20	Maricela Patricia	Aux Adm	Serv	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maricela
19-08	Ana Romero	Area Aditivo	Linea frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
19-08-20	Sebastián Bivero	Médico	CEXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián
19.8.20	Edwin Diego	Medico	CEXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrofa	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
20-8	Ana Romero	Area Aditivo	Linea Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
20-8	Maricela Patricia	Aux Adm	Serv	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maricela
20/08/2020	MILENA A. QUINTERO	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
20-8	Daryana Diaz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daryana
20-08	Sergio Gely	Regente	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
20-08-20	Daisy Vargas	aux enferm	asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daisy
20/08/20	Alexandra	CEXT	Medu	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra
20-08	Sandra Malaver	Aux. Aditivo	Linea Frente	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
20-08	Edwin Hernandez	coord	Admón	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin
20-08	Luzi Ruth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luzi
20-08-20	Sebastián Bivero	Médico	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián
20.8.20	Edwin Diego	Medico	CEXT	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Edwin

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											ESGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
1/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
2/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
3/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
4/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
5/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
6/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
7/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
8/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
9/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
10/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
11/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
12/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
13/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
14/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
15/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
16/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
17/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA									
18/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
19/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
20/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samiel
21/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA									
22/08/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	FARMACIA									

6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											ESGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
28-08-2020	Armando I. Ponce	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-2020	Armando I. Ponce	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-2020	Armando I. Ponce	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-2020	Armando I. Ponce	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-2020	Armando I. Ponce	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-2020	Armando I. Ponce	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010303  
**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	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)						
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
14-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-8-20	Fanny Carcedo	Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión 2 May 20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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)						
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
14/08/20	Diana Contreras	Enfermera	C.E	No	No	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/08/20	Diana Contreras	Enfermera	C.E	No	No	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/08/20	Diana Contreras	Enfermera	C.E	No	No	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/08/20	Diana Contreras	Enfermera	C.E	No	No	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión 2 May 20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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)						
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
12-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-2020	Mery Camelo Juárez	Auxiliar Administrativo	Línea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010333  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeoja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en alta entidad?	
14/08/20	Daniela Castro	Aux. Enferm. Asiste	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Daniela
14/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela
18/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Daniela
18/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.0	No	No	No	No	No	Daniela
19/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela
19/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Daniela
20/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.0	No	No	No	No	No	Daniela
20/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Daniela

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	Ondeoja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en alta entidad?	
14/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Yuly
14/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Yuly
15/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Yuly
15/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Yuly
18/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	37.1	No	No	No	No	No	Yuly
18/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Yuly
19/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.9	No	No	No	No	No	Yuly
19/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.8	No	No	No	No	No	Yuly
20/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	36.9	No	No	No	No	No	Yuly
20/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ.	Administrativa	No	No	37.7	No	No	No	No	No	Yuly

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram. Nacional, 0100010332  
**VIGILADO**







6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	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 acetaminolén	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			
2020-08-20	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-20	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-20	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-20	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-20	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-20	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1	SI	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)								¿Trabaja en otra entidad?	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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-08-19	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-19	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-19	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-19	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-19	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-19	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-19	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.8	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)								¿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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia			
2020-08-18	MARCELA SOFIA HARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	ANA SILVIA PEÑA HARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-18	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia			
2020-08-14	MARCELA SOFIA HARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-14	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-14	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-14	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-14	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-14	ANA SILVIA PEÑA HARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-14	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional, 01000010303  
**VIGILADO**



**6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta**  
**6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio**

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURAS Versión 2 May-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está cumpliendo medicaciones preventivas o vacunado?	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar climatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario												
						Flore (igual o mayor a 28°C)	Tes	Dificultad Respiratoria	Otitología	Fatiga y Adinamia																
20/08/20	Cesca Guerrero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO														
20/08/20	Marcela Morales	aux odontologia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales													
20/08/20	Joddy Torres	enfermera prof	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joddy Torres													
20/08/20	Adriana Rey	Trabajadora social	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey													
20/08/20	Katherine Chigote	Aux admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Chigote													
20/08/20	Mery Romero	Aux laboratorista	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mery Romero													
20/08/20	Sandra Parola	Jefe de calidad	Admin	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Parola													
20/08/20	Soledad Linares	coordinadora de feces	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad Linares													
20/08/20	Wilder Navas	Represente Farma	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder Navas													
20/08/20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Barbosa													
20/08/20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ruby Ruiz													
20/08/20	Liliana Macal	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Macal													
20/08/20	Luz Ramirez	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez													
20/08/20	Patricia Camargo	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia C.													
20/08/20	Johana Urrego	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana U.													
20/08/20	Wilson Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wilson Gutierrez													
20/08/20	Ivan Puentes	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ivan Puentes													
20/08/20	Ledy Velazquez	medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy Velazquez													
20/08/20	Yuribe Sabogal	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuribe Sabogal													
20/08/20	Carilla Gomez	odontologia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carilla Gomez													

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURAS Versión 2 May-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está cumpliendo medicaciones preventivas o vacunado?	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar climatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario												
						Flore (igual o mayor a 28°C)	Tes	Dificultad Respiratoria	Otitología	Fatiga y Adinamia																
19/08/20	Luz Ramirez	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez													
19/08/20	Patricia Camargo	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo													
19/08/20	Ledy Velazquez	medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy Velazquez													
19/08/20	Yuribe Sabogal	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuribe Sabogal													
19/08/20	Flor Castro	odontologia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Castro													
19/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Sanchez													
19/08/20	Omar Avila	Psiquiatra	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Omar Avila													
19/08/20	Adriana Rey	Trabajadora social	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey													
20/08/20	Laura Pinto	Asesor SENA	Admin	SI	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Pinto													
20/08/20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel Babilonia													
20/08/20	Esmeralda Guerrero	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esmeralda Guerrero													
20/08/20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Machado													
20/08/20	Windy Gaitan	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Gaitan													
20/08/20	Juli Betran	Aux admin	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juli Betran													
20/08/20	Aura Poo	Aux admin	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Poo													
20/08/20	Flor Castro	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Castro													
20/08/20	Maria Navarro	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Navarro													
20/08/20	Diego Bocanegra	atencion al usuario	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Bocanegra													
20/08/20	Jose Romero	Psicologo	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Jose Romero													
20/08/20	Diana Gomez	medico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Gomez													
20/08/20	Karina Arango	medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karina Arango													
20/08/20	July Rojas	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	July Rojas													
20/08/20	Johana Cordoba	medico general	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Cordoba													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA-003 Versión 2 may-20 1.06.1	
Verificar seriosidad (Hacer con una X en variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamento preventivo o vacunado	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalugia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
19/08/20	Wilson Novoa	Regate Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Melby Romero	Aux Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Katherine Cingate	Aux admia	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Maria Navarro	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Johana Urrego	Auxilante Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Puli Beltran	Aux admia	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Rosa Ros	Aux admia	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Edwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
19/08/20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Diego Bocanegra	Atencion al usuario	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	July Rojas	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
19/08/20	Johana Cordoba	medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Gianna Arango	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Cesar Guerrero	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	JORDY MARTINEZ	F. Camara Prof	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Liliana Chica	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Miguel Reina	Ing soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Salvador Linares	coordinadora de la sede	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Uriany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Carolina Bogotosa	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19/08/20	Ivan Rentes	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA-003 Versión 2 may-20 1.06.1	
Verificar seriosidad (Hacer con una X en variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamento preventivo o vacunado	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo caso	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalugia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
18-08-20	Johana Urrego	Auxilante Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Diego Bocanegra	Atencion al usuario	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Jose Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Eduardo Ros	Medicina interna	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Adriana Ros	Trabajadora social	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Salvador Linares	Coordinadora de la sede	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Miguel Reina	tecnico de soporte tecnico	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Uriany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Antony Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Carolina Bogotosa	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Lucy Ramirez	Auxilante Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Patricia Camargo	Auxilante Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Ivan Rentes	medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-08-20	Leidy Salazar	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-08-20	Miguel Salazar	medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-08-20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Laura Pinto	agente SENA	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Laura Pinto	Agente SENA	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Wilson Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Esmeralda Guano	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010000  
 Línea de Atención al Usuario: 01800010000  
**VIGILADO**



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Descripción	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antifúngicos?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
15-08-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Alexandra Pardo	Aux laboratorista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Sandra Pinedosa	Técnica de calidad	Admin	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Diany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Carmelita Guerrero	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Wilder Novoa	Repartidor Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Mely Doures	Aux laboratorista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Katherine Chiquete	Aux admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Villy Beltrán	Aux admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Aura Poca	Aspx admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Windy Gaitan	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Maria Novano	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Dorwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-08-20	Jully Rojas	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-08-20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Jeremias Cordoba	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Karina Arango	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Luz Sanchez	Historista	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Flor Castro	Odentologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Marcela Morales	Aux odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Lorna Esteva	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán**

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Descripción	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antifúngicos?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
01-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36.36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Jeddy Morales	Recepcionista	Administración	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0800091033

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17-08-20	Luz Huelga	Medico	CONSOL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Luz Huelga	Medico	CONSOL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Luz Huelga	Medico	CONSOL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Luz Huelga	Medico	CONSOL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
29-07-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-07-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Luz Huelga	A. Enf	CONSOL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**











**6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FECHA: 20/08/2020 Versión: 1 Rev: 00 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminoleno	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 Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
20/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	DURVA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/8/2020	DEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A.
21/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R.
21/8/2020	MARIBAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
21/8/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
23/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
23/8/2020	SOMIA BORDRQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SOMIA BORDRQUEZ
23/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia R.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FECHA: 20/08/2020 Versión: 1 Rev: 00 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminoleno	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 Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
20/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	DURVA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	DEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A.
20/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R.
20/8/2020	MARIBAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
20/8/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
20/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
20/8/2020	SOMIA BORDRQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SOMIA BORDRQUEZ
20/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia R.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800010303  
 Línea de Atención al Cliente: 0800010302  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar al menos los días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del trabajador
15/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	OURDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A.
15/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan
15/8/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
15/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.
15/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
15/8/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez
15/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar al menos los días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del trabajador
15/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	OURDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A.
15/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan
15/8/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	
15/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C.
15/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Grecy Z.
15/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
15/8/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bohorquez
15/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091030

**VIGILADO**



**6.2.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias**

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
											FORMA 003
											Versión 2
											2020
										TUE 1	

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antibióticos o corticoides	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adormil	¿Trabaja en otra edificación?	Firma del Trabajador
2020-08-14	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-14	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-14	IMNA MENDEIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-14	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-14	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-14	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-14	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-15	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-15	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-15	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-15	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-15	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-18	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-18	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-18	IMNA MENDEIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-18	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-18	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-18	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-18	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-19	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-19	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-19	IMNA MENDEIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-19	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-19	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-19	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

2020-08-19	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-20	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-20	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-20	IMNA MENDEIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-20	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-20	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-20	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-20	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Verificar sistemáticamente (Marcar con una X las variables que apliquen)															
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial																
20-08-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo																
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial																
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial																
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial																
20-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial																
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial																
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial																
	Karen Ureth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo																
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial																
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial																
	Elibeth Cruz	Pediatría	Asistencial																
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial																
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial																
20-08-20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial																
	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial																
	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial																
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial																
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial																
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial																
20-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial																
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial																
	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo																
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo																
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo																
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial																

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Verificar sistemáticamente (Marcar con una X las variables que apliquen)															
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
20-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Karen Ureth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Elibeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000190303



Ingreso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)																
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
19-08	Sandra Lorena Arias Arías	Coordinador Asistencial de	Asistencial			35.6														
19-08	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo			36.2														
19-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial			35.6														
19-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial			34.9														
19-08	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial																	
19-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial			35.4														
19-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial			35.1														
19-08	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermeria	Asistencial			35.6														
19-08	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo																	
19-08	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			35.7														
19-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial			36.1														
19-08	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial																	
19-08	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial																	
19-08	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial																	
19-08	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial			35.9														
19-08	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial			35.6														
19-08	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial			36.0														
19-08	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial			35.2														
19-08	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial			36.3														
19-08	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial																	
19-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial			36.1														
19-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial			35.8														
19-08	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo			35.6														
19-08	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo																	
19-08	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo			34.9														
19-08	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial																	
19-08	Luz Patricia					35.6														
19-08	Marta Cecilia Cordoba					35.6														

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES				Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)																
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
19-08	Sandra Lorena Arias Arías	Coordinador Asistencial de	Asistencial			36.4														
19-08	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo			35.4														
19-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial			35.1														
19-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial																	
19-08	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial			36.7														
19-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial			36.1														
19-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial			35.2														
19-08	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermeria	Asistencial			36.7														
19-08	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo																	
19-08	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial																	
19-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial			35.7														
19-08	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial																	
19-08	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial			35.8														
19-08	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial																	
19-08	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial			35.8														
19-08	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial			35.5														
19-08	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial																	
19-08	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial			35.6														
19-08	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial																	
19-08	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial																	
19-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial			36.1														
19-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial			36.4														
19-08	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo			36.3														
19-08	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo																	
19-08	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo			36.5														
19-08	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial			36.2														

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000190333  
**VIGILADO**



(Jersalud) FIGA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
19-08	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial														
19-08	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO												Handwritten notes
19-08	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo														Handwritten notes
19-08	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial														Handwritten notes
19-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Ulilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO												Handwritten notes
19-08	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial														Handwritten notes
19-08	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial														Handwritten notes
19-08	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial														Handwritten notes
19-08	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial														Handwritten notes
19-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo														Handwritten notes
19-08	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
19-08	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes

(Jersalud) FIGA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
18-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial														
18-08-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo														Handwritten notes
18-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Ulilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO												Handwritten notes
18-08-20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial														Handwritten notes
18-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo														Handwritten notes
18-08-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes
18-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Handwritten notes

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Coram Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



Ing RESO

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)										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18-08-20	Sandra Lorega Arias Arias	Coordinador Asistencial d	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial											
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial											
18-08-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo											
18-08-20	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial											
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial											
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial											
18-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Arleny Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo											
18-08-20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-08-20	Mirtha Carolina	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Sabado 15

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)										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15-08-20	Sandra Lorega Arias Arias	Coordinador Asistencial d	Asistencial											
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial											
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial											
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial											
15-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial											
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo											
15-08	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial											
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial											
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
15-08	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial											
15-08	Angela Lopez	regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial											
15-08	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial											
15-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-08	Arleny Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo											
15-08	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo											
15-08	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019103030

VIGILADO





(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** *alistera*

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Temperatura	Tensión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Saturación de Oxígeno	Signos Vitales	Signos Vitales	Signos Vitales	Signos Vitales	Signos Vitales	Signos Vitales
15-08	Sandra Loreña Arias Arias	Coordinador Asistencial d	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-08	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial										
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial										
15-08	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-08	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-08	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial										
	Karen Ureth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
	Ivan Darlo Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
	Vivian Suarez Hernandez	Med Interna	Asistencial										
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
	Sandra Izquierdo	Odontologo	Asistencial			35-5							
	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial										
	Angela Iopez	regente farmacia	Asistencial										
	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial										
	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial										
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
15-08	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial			34.5							
	Arlay Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativo	Administrativo										
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
15-08	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial										

### 6.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTE SINTOMATOLOGIA COVID-19 PLATAFORMA ALISSTA											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 18:26:48	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 18:14:55	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 17:58:55	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 17:44:32	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 17:44:14	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 14:52:20	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 14:43:38	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 14:16:00	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 14:04:51	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 13:58:26	CC	1049795603	VELASQUEZ	HERNANDEZ	YANIBE	DEL ROSARIO	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 13:57:28	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 13:25:22	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 13:25:04	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190303  
 Línea de Consulta Nacional: 018000190302



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 13:04:11	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	20/08/2020 13:02:17	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 12:33:17	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 11:45:47	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 11:40:42	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 11:39:55	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 10:39:12	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	SI
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 10:24:31	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 10:04:50	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 10:01:04	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:45:40	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:41:50	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:34:19	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:33:14	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:23:05	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:14:24	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:14:19	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:12:26	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/08/2020 09:01:43	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:57:13	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:40:03	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:30:11	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:29:34	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:28:57	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:07:21	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/08/2020 08:05:27	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:50:41	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:49:15	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:46:30	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:43:32	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:41:23	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:40:48	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:17:20	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:10:48	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:08:07	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:08:02	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190382

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:07:23	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:07:01	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:03:14	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 07:02:23	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/08/2020 06:59:48	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/08/2020 06:25:47	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 23:01:29	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/08/2020 22:17:03	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 19:26:57	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/08/2020 18:43:41	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 18:16:10	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 18:07:18	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 17:49:45	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 17:40:50	CC	1049795603	VELASQUEZ	HERNANDEZ	YANIBE	DEL ROSARIO	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 17:32:09	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/08/2020 16:50:49	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 16:02:47	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 15:29:20	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 14:53:44	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 14:31:33	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/08/2020 14:00:20	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:46:12	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:25:30	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:18:10	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:17:39	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:16:33	CC	1002461363	CHAPARRO	CHAPARRO	DIANA	SOFIA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:15:52	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:08:43	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 13:04:42	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 12:55:59	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 12:25:26	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 12:11:43	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 12:08:21	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 11:41:42	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 11:11:55	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 10:48:23	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303  
 Línea Corrala Local: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**

MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 10:37:13	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 10:24:05	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 10:12:05	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 10:08:01	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:55:35	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:53:43	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:47:50	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:37:31	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:36:24	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:25:36	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:18:08	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:17:24	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 09:16:06	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/08/2020 08:57:05	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 08:39:47	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 08:18:47	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/08/2020 08:12:36	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 08:06:36	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 08:03:34	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:54:01	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:46:34	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:46:33	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:39:20	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:33:23	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:28:00	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:22:24	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:21:09	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:20:39	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:12:28	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:07:43	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:07:26	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/08/2020 07:04:25	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/08/2020 06:56:43	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/08/2020 06:22:23	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/08/2020 22:09:15	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 20:16:32	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 19:39:40	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 18:20:56	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 17:57:45	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 17:32:08	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/08/2020 17:22:44	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 17:11:22	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 16:43:05	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 16:38:27	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 15:39:29	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 14:03:30	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:59:59	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:58:22	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:58:07	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:56:28	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:15:58	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:10:02	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 13:02:29	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/08/2020 11:20:53	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 10:59:44	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 10:59:31	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 10:09:41	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:51:04	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:26:35	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:26:22	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:25:33	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:21:50	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:16:29	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 09:05:01	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/08/2020 08:56:19	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 08:10:16	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:57:44	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:55:02	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:51:11	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:35:37	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:32:53	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:31:57	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:31:11	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:30:34	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:28:23	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:22:57	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:18:42	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:18:18	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:16:55	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:13:55	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:09:50	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:08:45	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:08:36	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:07:36	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:03:54	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 07:01:53	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/08/2020 06:45:13	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/08/2020 05:23:09	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/08/2020 19:06:49	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/08/2020 18:35:50	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	17/08/2020 15:01:29	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/08/2020 12:12:04	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/08/2020 11:51:42	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/08/2020 11:03:05	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/08/2020 10:03:14	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/08/2020 10:03:03	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/08/2020 10:03:01	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/08/2020 09:58:42	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/08/2020 23:53:49	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/08/2020 23:21:52	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/08/2020 11:14:21	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/08/2020 11:11:59	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/08/2020 10:38:49	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/08/2020 09:50:27	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/08/2020 07:45:03	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/08/2020 07:42:57	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/08/2020 07:10:47	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 20:48:05	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 20:42:56	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/08/2020 17:44:50	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/08/2020 16:21:23	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/08/2020 13:18:28	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 12:33:34	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/08/2020 11:48:42	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 11:40:45	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/08/2020 11:28:01	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 11:07:35	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/08/2020 09:34:39	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/08/2020 09:25:17	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/08/2020 09:06:59	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 08:24:14	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 08:00:55	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:44:12	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:28:17	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:27:13	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:22:49	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:19:35	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:19:31	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:15:45	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:10:55	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:10:00	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:09:44	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:06:15	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:01:48	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/08/2020 07:00:29	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/08/2020 00:00:35	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 23:13:53	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 20:22:50	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/08/2020 19:50:46	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 18:25:47	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 18:18:38	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/08/2020 18:10:10	CC	60449565	TORO	DAZA	ANGELA	CONSUELO	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 17:14:33	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 17:08:16	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Agosto**



COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 15:08:27	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 15:06:33	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 14:58:23	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 14:31:55	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 14:24:39	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 14:18:11	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:59:39	CC	1002461363	CHAPARRO	CHAPARRO	DIANA	SOFIA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:45:54	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:22:56	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:21:38	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:20:27	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:16:40	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 13:10:33	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUEQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/08/2020 12:46:45	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 12:46:22	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 12:45:44	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 12:44:16	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 12:21:53	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 12:12:20	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 11:15:52	CC	1048846141	CASTILLO	MORALES	LEIDY	ANDREA	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 10:38:44	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 10:32:22	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 10:30:42	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 10:24:11	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/08/2020 10:07:43	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 10:03:56	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 09:03:50	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:59:15	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:56:43	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:48:13	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:33:52	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:30:01	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:29:13	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 08:06:26	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:50:30	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:37:23	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019033



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"





MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:31:49	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:28:16	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:25:10	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:24:37	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:24:28	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:23:58	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:21:17	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:16:10	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:11:10	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:07:41	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:06:26	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/08/2020 07:00:41	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 06:57:15	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/08/2020 06:54:10	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/08/2020 06:29:22	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/08/2020 00:00:21	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO

## 6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad



[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)





**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
Línea de Control Normativo: 018000910302



## 7. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

### 7.1 Inventario EPP

#### 7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	160	40	500	620	13	2	20	31
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	15	7		8	150	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	400	100	1500	1800	230	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	50		150	8			8
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	250	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	50		150	160	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20		6



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	179	30		149	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	100	40
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	100		100	190	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	6	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	180	50		130	13			13
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	120	20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	600	50		550	140	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	90	10		80	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	4		1	5	100	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	50		150	40	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	90	10		80	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	100	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	50		150	50	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	90	10		80	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	100	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	50		150	50	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	90	10		80	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	100	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	200	50		150	50	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0180001910383



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	1400	500	1600	2500	53	20		33
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	100	300
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	2800	1500		1300	1300	500
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	100			100	45	

## 7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

### 7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	2950	800	0	2150	58	42	0	16



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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 SAS	20	2	0	18	900	300	0	600

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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 SAS	110	16	0	94	410	135	0	275

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	5	0	0	5	5	0	0	5

### 7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	ACACIAS	1 CAJAS	1 CAJA	0	0	12	0	0	12





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	100	5	0	95

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	31	3	0	28	34	5	0	29

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0	0	1

### 7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	4	1	3	3	5 UNIDAD	2 UNIDAD	3 UNIDAD	3 UNIDAD



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	1	1	0	0	30 UNIDAD	20 UNIDAD	20 UNIDAD	10 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	3 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA S 2 CAJAS TALLA L	2 CAJAS 2 CAJA M 1 CAJA L	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	30 UNIDAD	10 UNIDAD	20 UNIDAD	20 UNIDAD

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	3	0	3	3	3	0	3	3

#### 7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	30	16	25	25	2	0	2	2



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	1	0	1	1	24	16	18	18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	7	2	5	5		20	16	16

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 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	0	0	0	0	0	0	0	0

### 7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitan	25	5	10	10	2	0	2	2



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	Jersalud S.A.S pto gaitan	1	0	1	1	10	4	10	4

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	Jersalud S.A.S pto Gaitan	7	0	7	7	16	6	10	10

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 20 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0	0	0



**7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 20 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	314	60	0	254	8	2	0	6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 20 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	0	0	1	100	1

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 20 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD SAS – YOPAL	14 CAJAS	7 CAJAS	0	7 CAJAS	119	7

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 20 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5



## 7.2 Proyección adquisición EPP

### 7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá



NIT: 900.669.318-3



COTIZACIÓN DP: 07-143

17 de Agosto de 2020

Señores  
**JERSALUD S.A.S. (TUNJA)**  
Departamento de Compras  
La ciudad

Por medio de la presente cotizamos los productos requeridos por su compañía.

#### COTIZACIÓN

DESCRIPCIÓN / ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
APLICADORES EN MADERA CON ALGODÓN PQ X1000 UNDS	1	\$ 26.750	\$ 26.750
BATAS DESECHABLE MANGA LARGA P/ RESORTADO BLANCA EN SMS. PAQ. X 10 UNDS. ***	118	\$ 74.250	\$ 8.761.500
BATAS MANGA CORTA PQ X 10 UNDS ***	17	\$ 6.500	\$ 110.500
CARETAS DE PROTECCION TRANSPARENTE SET X 10 UNDS ***	1	\$ 100.000	\$ 100.000
CINTA METRICA (ALTURA UTERINA) 50 CM	2	\$ 4.334	\$ 8.668
CITOSPRAY	2	NO DISP	NO DISP
CONOS PARA OTOSCOPIO PQ X 34 UNDS ADULTO O PEDIÁTRICO	16	\$ 7.375	\$ 118.000
ESPARADRAPO MICROPORE DE 2" X 10 YARDAS CAJA X 6 ROLLOS ***	1	\$ 30.686	\$ 30.686
ESPARADRAPO MICROPORE DE 3" (7CM) X 10 YARDAS, COLOR BLANCO CAJA X 4 ROLLOS ***	1	\$ 28.372	\$ 28.372
GASA PRECORTADA ESTERIL DE 7,5 CMS X 7,5 CMS (3 X 3) CAJA X 24 SOBRES ***	4	\$ 12.692	\$ 50.768
GUANTES LATEX TALLA S CAJA X 100 UNDS ***	14	\$ 31.050	\$ 434.700
GUANTES QUIRURGICOS LATEX TALLA M CAJA X 100 UNDS ***	25	\$ 31.050	\$ 776.250
GUARDIAN 2,9 LT	5	\$ 3.665	\$ 18.325
HOJAS DE BISTURI N° 10 CAJA X 100 UNDS	1	\$ 39.150	\$ 39.150
JERINGA 5 CC CAJA X 100 UNDS ***	1	\$ 31.050	\$ 31.050
LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	4	NO DISP	NO DISP
LIDOCAINA JALEA	12	NO DISP	NO DISP

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 [www.distribuidoraprojectar.com](http://www.distribuidoraprojectar.com) BOGOTA D.C.





PAPELERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

ASEO

MEDICO-QUIRURGICA

CAFETERIA

NIT: 900.669.318-3

POLAINAS PQ X 50 UNDS ***	1	\$ 67.500	\$ 67.500
QUIRUGER	1	NO DISP	NO DISP
SOLUCION ESTERIL X 100 CM	6	NO DISP	NO DISP
TAPABOCAS N-95 PAQ. X 20 UNDS. ***	4	\$ 68.000	\$ 272.000
TAPABOCAS TERMOSELLADO CON AJUSTE NASAL CAJA X 50 UNDS	1	\$ 45.000	\$ 45.000
TOALLITA DE ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 100 UNDS ***	9	\$ 23.523	\$ 211.707
YODOPOVIDONA SOLUCION X 120 ML ***	1	\$ 6.813	\$ 6.813

**\*\*\*VALORES EXENTOS DE IVA  
ADICIONAR IVA A LOS ANTERIORES VALORES**

**NOTA: PEDIDOS INFERIORES A \$1.000.000= EL CLIENTE ASUME EL COSTO DEL ENVIO.  
PEDIDOS SUPERIORES A \$1.000.000= NUESTRA COMPAÑIA ASUME DICHOS COSTOS.  
(VALORES ANTES DE IVA)**

**Condiciones comerciales:**

**Validez:** 10 días calendario.

**Forma de pago:** Crédito 90 días.

**Tiempo de entrega:** 3 a 5 días hábiles.

Cordialmente,



**JOSE MANUEL QUEMBA**

GERENTE

CEL. 320 2068636

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 [www.distribuidoraproyectar.com](http://www.distribuidoraproyectar.com) BOGOTA D.C.





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**  
NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-68  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia

**Cotización**  
No. C-1-446

Para	JERSALUD SAS BOYACA
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-14

Elaborado por Siggo S.A.S Nit: 830.048.145-85-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	63.00	20,000.00	1,260,000.00
2	SUMEQ283	CUCHILLA PARA BISTURI No 10 UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	1.00	29,495.79	35,099.99
3	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	100.00	210.00	21,000.00
4	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	<a href="#">Ver</a>	4.00	2,679.60	10,718.40
5	EQ840ESPARA	ESPARADRAPO EN TELA 3X5 KENNEDY	<a href="#">Ver</a>	3.00	7,800.00	23,400.00
6	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	<a href="#">Ver</a>	4.00	19,500.00	78,000.00
7	E-040524	TOALLAS DE ALGODON IMPREGNADO CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 100 MEDICAL SUPPLIES	<a href="#">Ver</a>	9.00	9,200.00	82,800.00
8	EQ0642439	MICROPORE PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	<a href="#">Ver</a>	1.00	5,200.00	5,200.00
9	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	25.00	28,500.00	712,500.00
10	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	5.00	3,781.52	22,500.04
11	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	<a href="#">Ver</a>	16.00	7,200.00	137,088.00
12	CONIRMAPO	POLAINAS DESECHABLES PAR x 50	<a href="#">Ver</a>	1.00	1,700.00	1,700.00
13	435TDFAS	ROXICAINA JALEA UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	12.00	10,500.00	126,000.00
14	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	11.00	1,500.00	16,500.00
15	EQYO60S	YODOPOVIDONA SOLUCION X 60 MK	<a href="#">Ver</a>	1.00	4,200.00	4,200.00
16	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	<a href="#">Ver</a>	87.00	600.00	52,200.00
17	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	170.00	8,000.00	1,360,000.00
18	EQFIJA	FLJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	2.00	12,800.00	30,464.00
19	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	14.00	28,500.00	399,000.00
20	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	<a href="#">Ver</a>	1,180.00	3,800.00	4,484,000.00

**Total Bruto** 8,826,421.79

<b>Subtotal</b>	8,826,421.79
<b>IVA 19%</b>	35,948.64
<b>Total a Pagar</b>	<b>8,862,370.43</b>

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332  
Línea de Atención al Profesional: 018000910333

www.jersalud.com



“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario”





**7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta**

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
--	-------------------------------------

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: jul-20

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA x100 UN	1
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA X50UN	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA 100XUN	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA X100UN	3
40	JERINGAS X 5CC	CAJA X 5UN	1
47	SABANAS	90X2 PAQUETE X 5UN	1
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA CAJA X50UN	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	3
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
78	ISODINE ESPUMA	FRASCO X60ML	2
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	TALLA M UND	10
87	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION PEDIATRICA	UNIDADES	5
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M	UNIDAD	20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M	UNIDAD	20
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	5
95			
96			

FIRMAS	
FIRMA	<i>Ruth Mary</i>
NOMBRE	Ruth Mary Bucuero
CARGO	COORD. SERVICIO DOMICILIARIA
	RECIBIDO POR:
FIRMA	<i>Jessica</i>
NOMBRE	Jessica Canon
CARGO	Asistente Admin.
	APROBADO POR:
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

21/07/2020


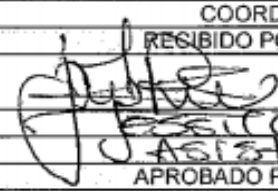


	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 17/07/2020

UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
2	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2	CAJA	1
	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA X 10U	5
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	20
14	CURAS REDONDAS	CAJA	4
25	GORROS	BOLSA X 100U	17
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	17
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	7
28	GUANTES VINILO	TALLA M	2
29	GUANTES DE MANEJO	TALLA L	6
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	1
39	JERINGAS X 5CC	CAJA X 100U	4
46	SABANAS	90X2 BOLSA X10 U	5
48	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	35
49	TAPA BOCAS N95	CAJA X 50U	6
50	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	4
51	TIRAS CARESENS	CAJA X 50U	10
57	ALCOHOL	FRASCO X 700ML	10
58	ALCOHOL GALON	GALON	5
59	CITOFIJADOR	FRASCO SPRAY	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	1
61	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	2
63	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	3
67	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
69	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	2
72	CIDEX OPA	GALON	2

FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD LINARES CARDENAS
CARGO	COORDINADORA DE SEDE
FIRMA	
NOMBRE	Asistente Admin.
CARGO	Asistente Admin.
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019033



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare



**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-68  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia

**Cotización**

No. C-1-450

Para	JERSALUD SAS YOPAL
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-20

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	<a href="#">Ver</a>	20.00	3,800.00	76,000.00
2	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	<a href="#">Ver</a>	1.00	62,000.00	62,000.00
3	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	4.00	10,000.00	40,000.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	<a href="#">Ver</a>	50.00	1,900.00	113,050.00
5	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	1.00	4,201.69	5,000.01
6	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	40.00	18,500.00	740,000.00
7	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS TANGERINE	<a href="#">Ver</a>	8.00	57,000.00	456,000.00
8	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	1.00	23,000.00	23,000.00
9	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	1.00	29,000.00	29,000.00

<b>Total Bruto</b>	1,525,201.69
<b>Subtotal</b>	1,525,201.69
<b>IVA 19%</b>	18,848.32
<b>Total a Pagar</b>	<b>1,544,050.01</b>

Elaborado por Silgo S.A.S Nit: 830.048.145-85-8

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Unidad Casanare, Neiva, Casanare, 01600010303

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



## EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

### Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

**JERSALUD SAS**

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

**ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.**

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.  
Bogotá: 336-7070 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



## 8. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

**LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19**

Karen Melo  
Ave 11/06/2020 9:51  
Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>  
GIPS21 (3).pdf  
690 KB

Buenos días  
Señora  
DIANA DAZA  
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la pagina 31:

30. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con pacientes de COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral 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
Policía y Fuerzas militares	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Populación privada de la libertad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá
Personas privadas internadas en áreas de salud	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Entidad territorial	Entidad territorial

Figura 14 de 21

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](mailto: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_FB.jpg)  
[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_TW.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](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg)



## 9. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño  
Mié 08/07/2020 17:06  
Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñalzo; asistente@yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

**Aura Cristina Londoño Dueñas**  
Analista SST  
Sucursal Villavicencio  
Cel. 320 2775564  
Correo: analistasst.meta@jersalud.com



*Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.*

Responder | Responder a todos | Reenviar

## 10. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

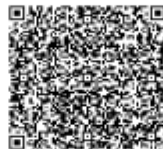


### ACUSE RECIBIDO

**Positiva Compañía de Seguros S.A.**, acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



## 11. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

### 11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: [piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co) <[piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co)>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <[GerenciaBoyaca@jersalud.com](mailto:GerenciaBoyaca@jersalud.com)>; Coordinacion Sogamoso <[Coord.Sogamoso@jersalud.com](mailto:Coord.Sogamoso@jersalud.com)>; [prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com) <[prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com)>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**



M(GAA)001 PLAN DE CONTI...  
7 MB



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...  
1015 KB

2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

[www.jersalud.com](http://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 • [proteccionsocial@tunja.gov.co](mailto:proteccionsocial@tunja.gov.co)  
📞 📧 🌐 • [www.tunja-boyaca.gov.co](http://www.tunja-boyaca.gov.co) •





## 11.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB  
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

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.

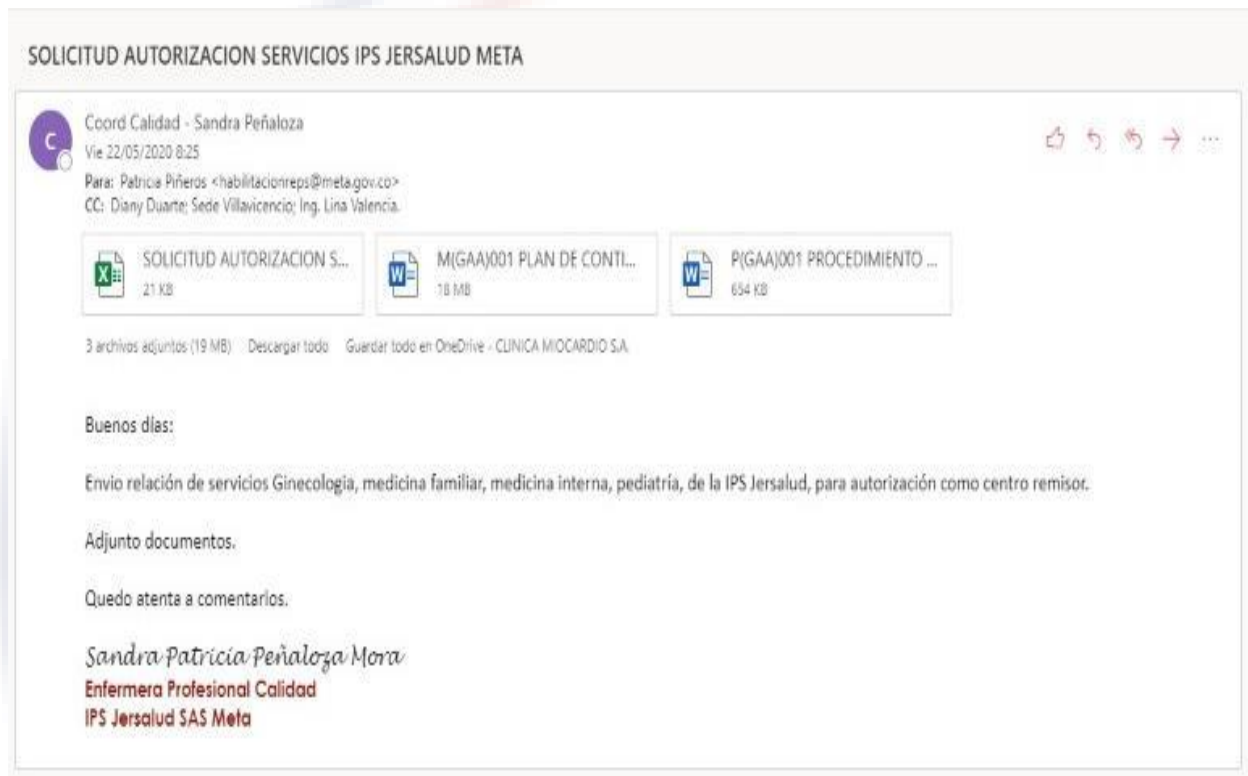
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

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.



3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB  
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñaloza Mora*  
**Enfermera Profesional Calidad**  
**IPS Jersalud SAS Meta**



### 11.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

#### PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

**De:** CoorCalidad.Yopal Jersalud  
**Enviado:** miércoles, 29 de abril de 2020 15:36  
**Para:** regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>  
**Asunto:** PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.  
Agradezco atención prestada quedo atenta.





**KAREN LIZETH SOLANO AYALA**  
Profesional de Calidad  
Sede Yopal-Casanare  
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

#### AUTOEVALUACION CASANARE



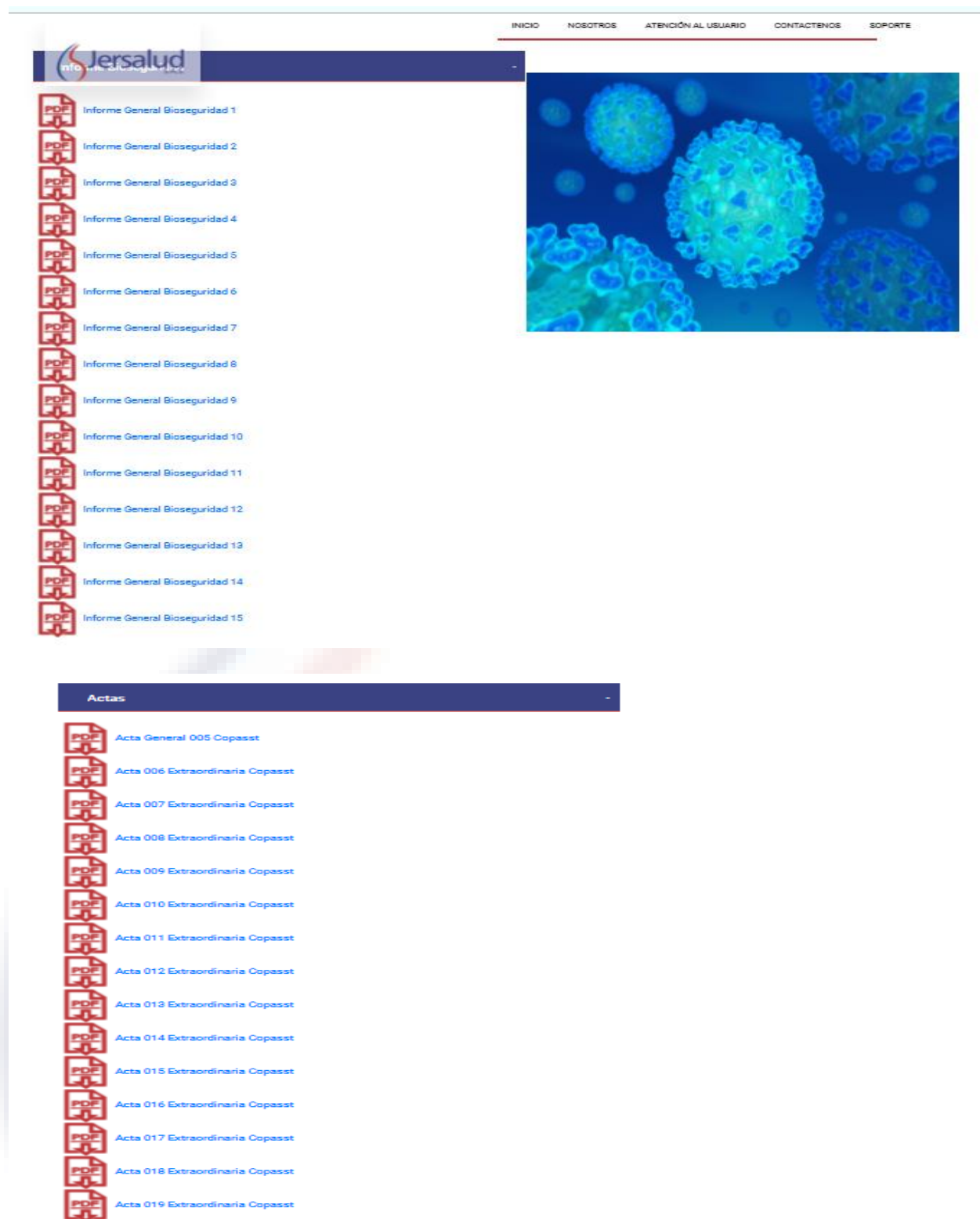
CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>  
Tue 14/05/2020 18:56  
**Para:** sivilayopal@gmail.com y 3 más  
**CC:** Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

-  202005141548 ACTA LAVADO...  
39 KB
-  Autoevaluación Casanare.xlsx  
191 KB
-  23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...  
72 KB
-  26 ACTO DE CONFORMACIO...  
73 KB



## 12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 12.1 Evidencia publicación en página Web



The screenshot displays the Jersalud website interface. At the top, there is a navigation menu with links for INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. Below the navigation bar, the Jersalud logo is visible on the left. The main content area is divided into two sections. The first section, titled 'Informe General Bioseguridad', contains a vertical list of 15 items, each with a PDF icon and a corresponding number from 1 to 15. The second section, titled 'Actas', contains a vertical list of 19 items, each with a PDF icon and a title starting with 'Acta General' or 'Acta 006' through 'Acta 019'. To the right of the 'Informe General Bioseguridad' list, there is a large image showing several spherical, textured particles, likely representing viruses or bacteria, against a dark blue background.



## 12.2 Link de publicación Informes Pagina Web Jersalud

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>



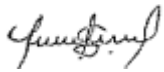

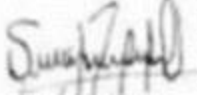


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>



**Aprobación**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	