

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 3 DE JULIO

**Del 13 al 17 de
Julio 2020**



1. REUNION COPASST JULIO SEMANA 3 DEL 13 AL 17 DE JULIO DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 015 de Julio 2020 Semana 3

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

ACTA N° 015 DE 2020					
REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	16	07	2020	09:15 A.M.	10:00A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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



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

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

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 #014 de Julio 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
Enviar ajuste plan de trabajo horas asignadas por ARL Positiva	Analistas SST	09/07/2020	Jersalud Nacional	Soporte envío correo a ARL	100%	
Enviar correo a ARL Positiva solicitando seguimiento de toma de pruebas	Analista SST Casanare y Boyacá	10/07/2020	Jersalud Nacional	Soporte envío correo a ARL	100%	



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

Tamizaje personal de salud COVID-19						
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	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



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

<i>SI</i>							
¿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.							
<i>SI</i>							
¿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.							
<i>SI</i>							
¿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.							
<i>SI</i>							
¿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							
<i>SI</i>							
¿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.							
<i>SI</i>							
4.3 Se realiza verificación seguimiento por parte del COPASST según tabla de verificación del Ministerio de Trabajo relacionada a continuación:							
ITEM	DESCRIPCION	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGÚN CORRESPONDENCIA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 3 Julio 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)



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

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 Julio 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)
3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X	Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	0%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 3 Julio 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	0%	Integrado en informe semana 3 Julio 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	0%	Integrado en informe semana 3 Julio 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	0%	Integrado en el informe semana 3 Julio 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	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	0%	Integrado en el informe semana 3 Julio 2020 Numeral 8



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

29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?						
8	Se planteen medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copasst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 015 Numeral 4.4
9	Link de Publicación del informe	X	Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 2 de Julio en página web http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20JULIO.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 3 Julio 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL				1000	100%	

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

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

4.5 Por parte de asesor ARL se manifiesta que se realizó cambio de Normatividad en cuanto a toma de pruebas rápidas ya que las pruebas rápidas no se ha demostrado la efectividad, posteriormente se enviará por parte de ARL el comunicado de cómo se realizará el proceso para la toma de muestras, se recalca además que la prueba que se debe realizar es de PSR y se debe tomar pasados 10 días.



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

4.6 Dentro de la organización se socializa que se han presentado dos casos confirmados de COVID-19 lo cual se toma como enfermedad laboral y ha sido reportado a la ARL, el manejo que se ha realizado frente a estos casos es lo relacionado a continuación:

- Reporte de correo y reporte en página web de enfermedad laboral
- Activación de paquete biológico ARL frente a COVID-19
- Seguimiento de cuestionario diario de sintomatología por parte de ARL, EPS y Jersalud S.A.S
- Aislamiento en domicilio durante 14 días
- Reporte de cerco epidemiológico
- Aislamiento preventivo para personal que se reporte dentro de cerco epidemiológico de los casos positivos

4.7 Por parte del COPASST se genera el compromiso de realizar seguimiento a que se dé cumplimiento con los protocolos de bioseguridad, seguimiento al uso estricto de EPPS y fomento de la cultura de autocuidado todo esto en torno a generar una cultura de tipo preventiva y de mejora continua dentro de la organización

4.8 Se establece realizar próxima reunión con integrantes como: gerencia, profesionales de calidad, medico laboral, asesor ARL e integrantes del COPASST con el generar asesoría respecto a la pandemia COVID -19 y el tema epidemiológico frente a este.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Realizar reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	30/07/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	
Realizar reunión para asesoramiento	Analistas SST COPASST	24/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	



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


pandemia COVID-19	Directivas Jersalud				
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA




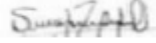
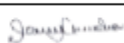
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



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

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

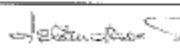
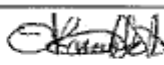

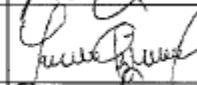
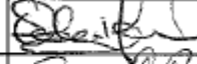


INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 015 de 2020					
FECHA: 16/07/2020		HORA DE INICIO: 09:15 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 015 de 2020					
FECHA: 16/07/2020		HORA DE INICIO: 09:15 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m		
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:		
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva


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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL

TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 015 de 2020			
FECHA: 16/07/2020		HORA DE INICIO: 09:15 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

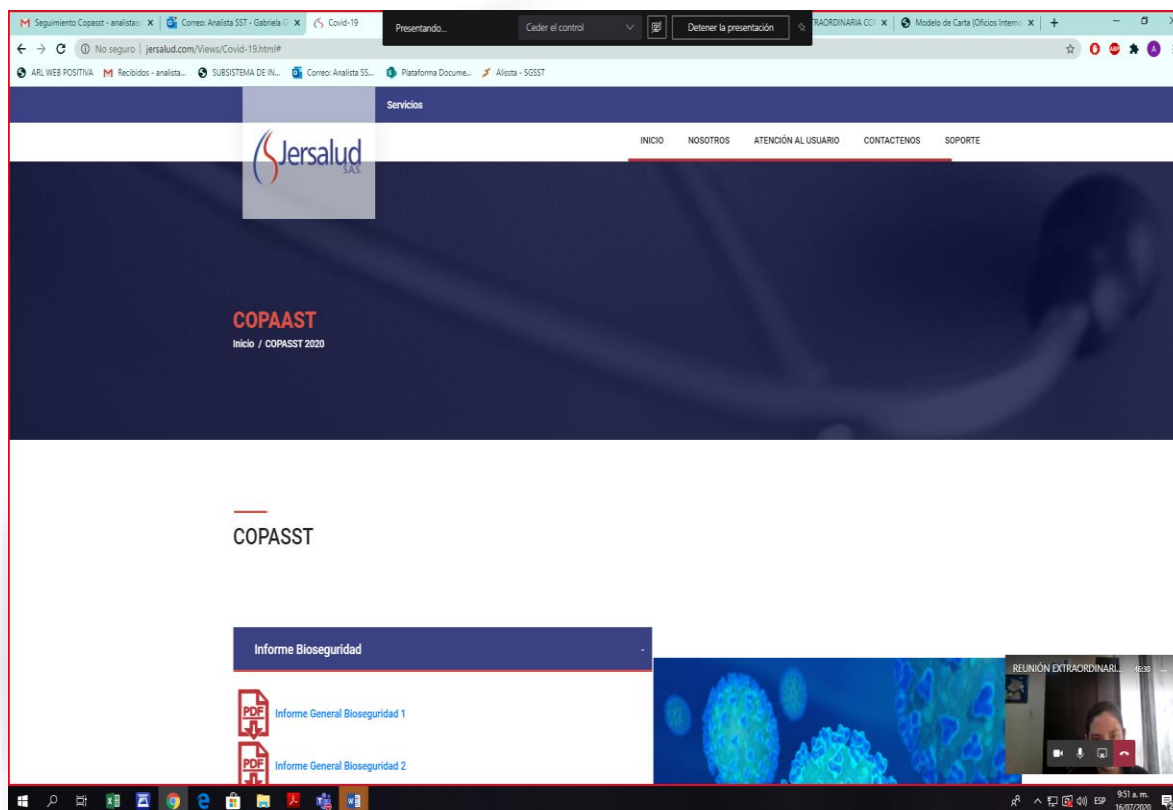
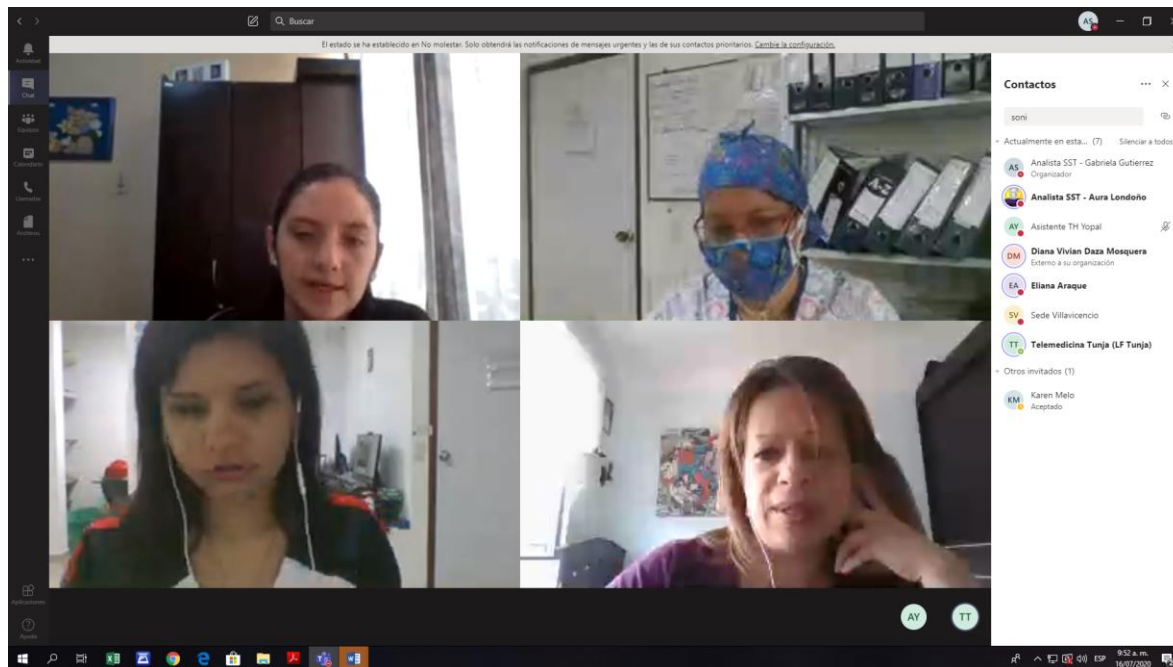
REGISTRO

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

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



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



36	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
37	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
38	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
39	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
40	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
41	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
42	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
43	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
44	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
45	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
46	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
47	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
48	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
49	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
50	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
51	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
52	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	JEFE ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
53	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
54	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
55	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
56	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
57	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
58	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
59	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
60	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
61	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
62	CC	1090415369	LUZ KARINA SALAZAR GRISALES	NUTRICIONISTA	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
63	CC	1049629216	KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
64	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
65	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
66	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
67	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
68	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
69	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
70	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
71	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
72	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
73	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
74	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
75	CC	1052399313	ZULMA YARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
76	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
77	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
 Línea Correo Nacional: 018000910302

www.jersalud.com



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



2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL FUNCIONARIOS JERSALUD-META				
N°	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID-19
1	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
2	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
3	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
4	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
13	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GONZALEZ RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVIJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA



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



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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



3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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



Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

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



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



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada





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

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


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

Copia Controlada



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



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

FICHA TÉCNICA



1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Life1095	Respirador Color Blanco

2. Identificación y empaque:

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



SOSEGA®

Safety Solutions

INFORMACIÓN TÉCNICA

MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA
Con Válvula
Ref: 130730



APLICACIONES

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

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

CARACTERÍSTICAS

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

ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

ADVERTENCIAS

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





LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO

DESCRIPCION:

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

CARACTERISTICAS

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

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

3.2.1 Factura Regional Boyacá



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta

Nº: 2363

<p>Cliente: JERSALUD SAS BOYACA Nit: 900.622.551-0 Teléfono: 3219159617 Dirección: CRA 6 64 B 195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA local 210 Ciudad: Tunja - Colombia Correo:</p>	<p>Fecha de factura: 2020-07-09 Vendedor: Centro de costo: 0 Cotización:</p>
--	---

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	1,000.00	7,700.00	0 %	0 %	7,700,000.00

Valor en Letras:
Siete millones setecientos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:				
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-07 por	\$	7,700,000.00	Total Bruto	7,700,000.00
			Total a Pagar	7,700,000.00

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 18763005570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18**

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

Elaborado por

Firma recibido

Elaborado por Signe 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
 8748246
 Neiva - Colombia
 sumfamedic@hotmail.com


Factura de venta

N°: 2383

Cliete: JERSALUD SAS BOYACA
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 3219159617
Dirección: CRA 6 64 B 195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA local 210
Ciudad: Tunja - Colombia
Correo:

Fecha de factura: 2020-07-14
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización:

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	25.00	28,500.00	0 %	0 %	712,500.00
2	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	15.00	28,500.00	0 %	0 %	427,500.00

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

Valor en Letras:

Un millón ciento cuarenta mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-12 por \$ 1,140,000.00

Total Bruto	1,140,000.00
Total a Pagar	1,140,000.00

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 81 No. 100-100 Bogotá D.C.
 Teléfono: 018000910302

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 18763005570393 aprobado en 20200424 prefiijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia:**

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

Elaborado por

Firma recibido



3.2.2 Cotización Regional Meta



Cotización

No. C-1-418

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-16

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	7.00	29,500.00	206,500.00
2	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	28,500.00	142,500.00
3	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	28,500.00	142,500.00
4	EQ0642439	MICROPORE PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	12.00	5,200.00	62,400.00
5	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00

Total Bruto 558,700.00

Subtotal 558,700.00

Total a Pagar 558,700.00

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

null

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246





Cotización

No. C-1-419

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-16

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	28,500.00	285,000.00
2	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	28,500.00	855,000.00
3	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	Ver	1,000.00	450.00	450,000.00
4	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	100.00	270.00	27,000.00
5	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	1.00	29,500.00	29,500.00
6	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	Ver	5.00	9,500.00	47,500.00
7	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	15.00	4,101.44	73,211.00
8	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	Ver	100.00	820.00	82,000.00
9	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	820.00	82,000.00
10	EQUI-11354BBCK	APLICADORES CON ALGODÓN 1.000 X 100 BOLSA x 10	Ver	1.00	32,500.00	32,500.00

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

Total Bruto	1,952,022.00
Subtotal	1,952,022.00
IVA 19%	11,689.00
Total a Pagar	1,963,711.00

null

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000191033



4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad							
Sandoval Sofia Mero				23284946				C- EXTEN							
<p>Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>															
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopalo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
10 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofia Mero		
11 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofia Mero		
13 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofia Mero		
14 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofia Mero		
15 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofia Mero		
16 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofia Mero		
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad							
Roa Lopez Gilmo Gilmo				33367367				C- EXTEN							
<p>Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>															
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopalo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
10 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	N	Gilmo Lopez		
11 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	N	Gilmo Lopez		
13 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	N	Gilmo Lopez		
14 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	N	Gilmo Lopez		
15 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	N	Gilmo Lopez		
16 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	N	Gilmo Lopez		
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rónica Flores Alvarez	1049616553	Cextera

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 NES con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 07 20	X	-	-	X	-	+	-	-	-	-	-	-	Rónica Flores
13 07 20	X	-	-	X	-	+	-	-	-	X	-	-	Rónica Flores
14 07 20	X	-	-	X	+	+	-	-	-	-	-	-	Propnador MSCO
15 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-	Rónica Flores
16 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-	Rónica Flores
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Rónica Flores Identificado (a) con CC: 1049616553, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Zipa Vargas Gelle Andrea	1.049.647.500	Administrativo Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NES con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	andrea zipa
11 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	andrea zipa
13 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	andrea zipa
14 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	andrea zipa
15 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	andrea zipa
16 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	andrea zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 1.049.647.500, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yely Patricia Ovalle P	23324861	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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
10 7 20	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
11 7 20	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
13 7 20	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-		[Firma]
14 7 20	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
15 7 20	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	Respirador	[Firma]
16 7 20	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yely Patricia Ovalle P identificado (a) con CC: 23324861, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Zulma Betancur Becerra.	1052399313	Consulta Externa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
10 07 20				x						x			[Firma]
14 07 20	x			x	x	x				x			[Firma]
15 07 20	x			x						x			[Firma]
16 07 20	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, Zulma Betancur Becerra identificado (a) con CC: 1052399313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos FRANCA ROSAURA DE ARZU	Cédula 1120265548	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 07 20				X								FRANCA ROSAURA DE ARZU
11 07 20				X								
13 07 20				X						X		
14 07 20				X								
15 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, FRANCA ROSAURA DE ARZU identificado (a) con CC: 1120265548, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 JENIFER MARCELA LOPEZ	Cédula 100491634115	Unidad CONSULTA EXTERNA
---	-------------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 07 20				X						X		JENIFER MARCELA LOPEZ
14 07 20				X								
15 07 20				X								
16 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, JENIFER MARCELA LOPEZ identificado (a) con CC: 100491634115, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 0800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Anderson Darro Jasso Sanchez	1054658749	Consulde Extern Turiza

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
10 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Anderson Jasso
13 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Anderson Jasso
14 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Anderson Jasso
15 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Anderson Jasso
16 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Anderson Jasso
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Anderson Darro Jasso Sanchez identificado (a) con CC: 1054658749 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Flavia Cecilia Rodriguez	104465040	Administrativa 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 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
10 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Flavia Rodriguez
13 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Flavia Rodriguez
12 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Flavia Rodriguez
15 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Flavia Rodriguez
16 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Flavia Rodriguez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Flavia Cecilia Rodriguez identificado (a) con CC: 104465040 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Fernandez Alfonso Claudia Isabel</u>	Cédula <u>46361131</u>	Unidad <u>C. Externa TUN 177</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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
13 07 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
14 07 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
15 07 2020	-	/	-	/	/	/	-	-	/	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
16 07 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														

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Vasquez Moreno Blanca Nubia</u>	Cédula <u>23.810.177</u>	Unidad <u>C. Externa</u>
--	------------------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
10 07 2020				X										
13 07 2020				X					X					
14 07 2020				X										
15 07 2020				X										
16 07 2020				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Rodriguez Nimpique Claudia Yaneth	Cédula 1.049.642.865	Unidad Administrativo
---	--------------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
13 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		Claudia R.
14 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
15 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
16 07 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													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Ayala-Barrón Luz Amparo	Cédula 40027046	Unidad Tunja.
---	---------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
10 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Teleconsulta	[Firma]
13 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	Reunión	[Firma]
14 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	Teleconsulta	[Firma]
15 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Teleconsulta	[Firma]
16 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	Respirador	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 0800910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Diego Alejandro Rojas Montiel</i>	<i>10019069127</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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
10 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	TAPA BOCAS	<i>[Signature]</i>	
11 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	BATA y TAPABOCAS	<i>[Signature]</i>	
13 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	BATA y TAPABOCAS	<i>[Signature]</i>	
14 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	TAPABOCAS	<i>[Signature]</i>	
15 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<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													

Yo, Diego Alejandro Rojas Montiel identificado (a) con CC: 10019069127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>JEDRAZ VARGAS MARIA LUCIA</i>	<i>40019103</i>	<i>B. 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
10 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>	
13 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>	
14 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>	
15 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Lucia Jedraza Vargas identificado (a) con CC: 40019103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033



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

Apellidos y Nombres Completos TORRES ACUERO CAROLINA	Cédula 46376295	Unidad C. EXT
--	---------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
10 07 20	X			X		X			X					
13 07 20				X	X							Respirador M500		
14 07 20				X										
15 07 20				X										
16 07 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Torres Acuero Carolina Identificado (a) con CC: 46376295, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Soto Molina J	Cédula 72205024	Unidad
---	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
10 07 20	X			X										
13 07 20	X			X										
14 07 20	X			X	X							Respirador M500 MASprof		
15 07 20	X			X										
16 07 20	X			X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Soto Molina J Identificado (a) con CC: 72205024, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 0800091033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Jose Gonzalez Jimenez</i>	<i>7180163</i>	<i>T. Extern</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>John Lopez</i>
12 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>John Lopez</i>
15 09 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Entrega De Papeles	<i>John Lopez</i>
16 09 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-		<i>John Lopez</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, *John Lopez* Identificado (a) con CC: *7180163*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Carson David Gonzalez</i>	<i>1049638791</i>	<i>T. Extern</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	G	<i>Carson David</i>
16 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Carson David</i>
14 09 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-		<i>Carson David</i>
13 07 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-		<i>Carson David</i>
16 07 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-		<i>Carson David</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Carson David Gonzalez* Identificado (a) con CC: *1049638791*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Mojica Velandia Luz Marina	Cédula 40036857	Unidad Asistencial
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	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 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
11 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
13 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	Presencial	
14 07 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
15 07 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
16 07 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos John Sanchez	Cédula 7188191	Unidad C. Estero
--	--------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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 7 20												
16 7 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												

Yo, John Sanchez 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Placeno Ayala Floris Isabel	Cédula 40038562	Unidad Consejo externo
---	---------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmicas		
12-07-20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	[Firma]
13/07/20	*	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	[Firma]
14/07/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	[Firma]
15/07/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]
16/07/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Suárez Ruano	Cédula 1002340134	Unidad Administrativa
--	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmicas		
14/07/20				X					X			[Firma]
15/07/20				X					X			[Firma]
16/07/20				X					X			[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800091033
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Diana Yanina Ibañez Diaz	33377254	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de litax	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
10 07 20									X			Diana Ibañez
11 07 20				X					X			Diana Ibañez
13 07 20				X					X			Diana Ibañez
14 07 20				X					X			Diana Ibañez
15 07 20				X					X			Diana Ibañez
16 07 20				X					X			Diana Ibañez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Tenny Gabriela Sánchez Medina	1052314070	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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de litax	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
10 07 20				X								Tenny Sánchez
13 07 20				X					X			Tenny Sánchez
14 07 20				X								Tenny Sánchez
15 07 20				X								Tenny Sánchez
18 07 20				X								Tenny Sánchez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Tenny Gabriela Sánchez Medina Identificado (a) con CC: 1052314070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019383
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Erika Jhona Basigas Agüero</u>	<u>1052403489</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 09 20				X						X		
13 09 20				X						X		
14 09 20				X						X		
15 09 20				X						X		
16 09 20				X						X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Erika Jhona Basigas Agüero identificado (a) con CC: 1052403489, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>MAYOLGA ROSAS DOLY</u>	<u>40094579</u>	<u>CONTROL EXTERNA</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 09 2020				X						X		
14 09 2020				X								
15 09 2020				X								
16 09 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, DOLY MAYOLGA ROSAS identificado (a) con CC: 40094579, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
María Paula Camargo	1049632802	Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 07 20				X								María Paula Camargo
14 07 20				X					X			María Paula Camargo
15 07 20				X								María Paula Camargo
16 07 20				X								María Paula Camargo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Eduardo Gutierrez Pineda	91244689	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		
16 04 2020	X			X					X			[Firma]
29 04 2020				X					X			[Firma]
11 05 2020				X					X		Entrega 5 tapabocas	[Firma]
18 05 2020				X					X		Entrega 6 tapabocas	[Firma]
26 05 2020				X					X		Entrega 3 tapabocas	[Firma]
01 06 2020				X					X		Entrega 5 tapabocas	[Firma]
8 06 2020				X					X		Entg 5 tapabocas	[Firma]
16 06 2020				X					X		con 5 tapabocas	[Firma]
23 06 2020				X					X		con 4 tapabocas	[Firma]
23 06 2020				X					X		con 4 tapabocas	[Firma]
30 06 2020				X					X		con 5 tapabocas	[Firma]
15 07 2020				X					X		con 5 tapabocas	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos RODRIGUEZ NANCY VENIA	Cédula 79 536444	Unidad Asistencial
---	----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajatinas			
13 07 2019	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			PROPAGADOR HC	
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, NANCY VENIA RODRIGUEZ Identificado (a) con CC: 79 536444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Chaparro Chaparro Diana Sofía	Cédula 1002461363	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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajatinas			
13 07 20				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		5	
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, Diana Sofía Chaparro Chaparro Identificado (a) con CC: 1002461363, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal** y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Tzajado Senoro, Anacleto Dorely	Cédula 24167247	Unidad Asistencial
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 04 2020													
14 05 2020	✓			✓	✓							Unidad tapabocas 5	[Firma]
18 05 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 2	[Firma]
20 05 2020				✓	✓							Tapabocas 4	[Firma]
28 05 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 3	[Firma]
01 06 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 5	[Firma]
08 06 2020	✓			✓	✓							BATA N° 1. TAPABOCAS 5	[Firma]
16 06 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 5	[Firma]
23 06 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 4	[Firma]
30 06 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 5	[Firma]
13 07 2020	✓			✓	✓							Tapabocas 5	[Firma]

Yo, Anacleto Dorely Tzajado Senoro 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.

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

Apellidos y Nombres Completos RODRIGUEZ RODRIGUEZ LEVIN	Cédula 99'536.444	Unidad DUT 10703
---	-----------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 04 2020				✓	✓								
04 05 2020				✓	✓								
06 05 2020	✓			✓	✓							observación 5 tapabocas desechables	[Firma]
11 05 2020	✓			✓	✓							Se entregaron 5 tapabocas	[Firma]
18 06 2020	✓			✓	✓							Se entregaron 1 tapabocas	[Firma]
20 06 2020	✓			✓	✓							Se entregaron 5 tapabocas	[Firma]
26 06 2020	✓			✓	✓							Se entregaron 3 tapabocas	[Firma]
01 06 2020	✓			✓	✓							Se entregaron 5 tapabocas	[Firma]
08 06 2020	✓			✓	✓							Se recibí 5 tapabocas	[Firma]
16 06 2020	✓			✓	✓							Se recibí 2 tapabocas	[Firma]
23 06 2020	✓			✓	✓							Se recibí 4 tapabocas	[Firma]
30 06 2020	✓			✓	✓							Se recibí 5 tapabocas	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Arendasa Egoia Gloria Isabel	1044628-122	Auxiliar

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 2019	X			X							X	Tapabocas 41bata + 1 gorro	[Firma]
09 06 2019	X			X							X	Tapabocas 51bata	[Firma]
09 06 2019	X			X							X	Tapabocas 61bata	[Firma]
16 06 2019	X			X							X	Tapabocas 4 - 1 bata	[Firma]
23 06 2019	X			X							X	Tapabocas 5 - 1 bata	[Firma]
30 06 2019	X			X							X	Tapabocas 4 - 1 bata	[Firma]
08 07 2019	X			X							X	Tapabocas 6 - 1 bata	[Firma]
13 07 2019	X			X							X	Tapabocas 5 - 1 bata	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gloria Isabel Arendasa Identificado (a) con CC: 1044628122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Euaun Lucia Cepeda Higuera	Cédula 1052410687	Unidad Admipistadiva
--	-----------------------------	--------------------------------

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos Triana Triana Hiday	Cédula 46458143	Unidad Durtama
---	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X					X			2 Tapabocas	[Firma]
23 06 20	X			X					X			4 Tapabocas	[Firma]
30 06 20				X					X			5 Tapabocas	[Firma]
06 07 20				X					X			5 Tapabocas	[Firma]
13 07 20				X					X			6 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina M. Arague	46672428	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16 06 20	X			X								X		Lina M.
23 06 20	X			X								X	5 Tapabocas	Lina M.
30 06 20	X			X								X	4 Tapabocas	Lina M.
07 07 20	X			X								X	3 Tapabocas	Lina M.
13 07 20	X			X								X	5 Tapabocas	Lina M.
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogollón	23323980	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14 05 20	✓			✓	✓							✓	6 tapabocas	Nancy
18 05 20	✓			✓	✓							✓	3 tapabocas	Nancy
20 05 20	✓			✓	✓							✓	5 tapabocas	Nancy
26 06 20	✓			✓	✓							✓	5 tapabocas	Nancy
08 06 20	✓			✓	✓							✓	6 tapabocas	Nancy
16 06 20	✓			✓	✓							✓	3 tapabocas	Nancy
23 06 20	✓			✓	✓							✓	5 tapabocas	Nancy
30 06 20	✓			✓	✓							✓	4 tapabocas	Nancy
08 07 20	✓			✓	✓							✓	6 tapabocas	Nancy
13 07 20	✓			✓	✓							✓	5 tapabocas	Nancy
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.



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 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		2 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RECAÑO ARELLA DIANA MARCELA	1053608206	REFALJO OITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 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.
06 07 20				X					X		5 tapabocas 1 BATA	DIANA C.
13 07 20				X					X		6 tapabocas 1 BATA	DIANA C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910332
VIGILADO



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Soгамoso

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala seguridad	Careta desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Gautes látex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechab	Polaina				
26 05 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
08 08 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
16 08 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
23 08 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
30 08 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
13 09 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Edida de aguas	32775986	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	Monopala seguridad	Careta desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Gautes látex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechab	Polaina				
26 05 2020				X								X	EPP	Edida
01 06 2020				X								X	EPP	X Edida
08 06 2020				X								X	EPP	X Edida
16 06 2020				X								X	EPP	X Edida
23 06 2020				X								X	EPP	X Edida
08 07 2020				X								X	EPP	X Edida
13 07 2020				X								X	EPP	X Edida
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Ara Romero</u>	Cédula <u>46366015</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
---	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala seguridad	Carera desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Gautes latex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechab	Polainas			
26 05 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
07 06 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
08 06 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
16 06 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
23 06 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
20 06 20				X						✓			<u>Ara Romero</u>
06 07 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
13 07 20				X						X			<u>Ara Romero</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Malaver Auedez Sandra</u>	Cédula <u>46672546</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
--	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala seguridad	Carera desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Gautes latex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechab	Polainas			
20 05 20				X						X		Elemento EPP	<u>Sandra Malaver</u>
01 06 20				X						X		Elemento EPP	<u>Sandra Malaver</u>
08 06 20				X						X		Elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
16 06 20				X						X		Elementos EPP	<u>Sandra Malaver</u>
23 06 20				X						X		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
30 06 20				X						✓		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
08 07 20				X						✓		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
13 07 20				X						✓		elementos epp	<u>Sandra Malaver</u>
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Deisy Vargas Barera	105758547	Sagamaso

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 seguridad	Caretas desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechab	Polaina				
26 05 20				X								X	elementos de epp	[Firma]
01 06 20				X								X	elementos de epp	[Firma]
08 06 20				X								X	elementos de epp	[Firma]
16 06 20				X								X	elementos de epp	[Firma]
23 06 20				X								X	elementos de epp	[Firma]
30 06 20				X								X	epp	[Firma]
06 07 20				X								X	epp	[Firma]
13 07 20				X								X	epp	[Firma]
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	1049631798	Sagamaso 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	
	Coifa	Monografía seguridad	Caretas desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechab	Polaina				
26 05 20				X								X	elementos de epp	[Firma]
01 06 20				X								X		[Firma]
08 06 20				X								X		[Firma]
16 06 20				X								X		[Firma]
23 06 20				X								X		[Firma]
30 06 20				X								X		[Firma]
06 07 20				X								X		[Firma]
13 07 20				X								X		[Firma]
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Beranda P María Constanza</u>	Cédula <u>46 370 222</u>	Unidad <u>Soc.</u>
--	------------------------------------	------------------------------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monografía seguridad	Careta desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechab	Polaina		
26 05 2020				X					X		elementos de epp	M Constanza
01 06 20				X					X			M Constanza
05 06 20				X					X			M Constanza
16 06 20				X					X			M Constanza
23 06 20				X					X			M Constanza
30 06 20				X					X			M Constanza
06 07 20				X					X			M Constanza
13 07 20				X					X			M Constanza
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, María Constanza Beranda Identificado (a) con CC: 46.370222 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Carrillo Lopez Cesar</u>	Cédula <u>9330770</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.

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monografía seguridad	Careta desechab	Tapaboca desechab	Tapaboca N95 con válvula	Guantes látex	Guantes nitrilo	Guantes nylon	Bata desechab	Polaina		
26 05 20				X					X		elementos de epp	Carrillo Lopez Cesar
04 06 20				X					X		epp	Carrillo Lopez Cesar
08 06 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
18 06 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
23 06 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
30 06 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
07 07 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
08 07 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
13 07 20				X					X			Carrillo Lopez Cesar
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Cesar Carrillo Lopez Identificado (a) con CC: 9330770 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 0800979333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sebastian Rivera Gutierrez	1049614087	Soqomoso

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monopala seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20		X		X								Elementos de EPP	[Firma]
07 08 20		X		X								Elementos de EPP	[Firma]
08 08 20				X								EPP	[Firma]
16 08 20				X								EPP	[Firma]
23 08 20				X								EPP	[Firma]
30 08 20				X								EPP	[Firma]
06 09 20				X								EPP	[Firma]
13 09 20				X								EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	1033348812	Chiquinquirá

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 2020				X								Melissa E
02 07 2020				X								Melissa E
03 07 2020				X								Melissa E
06 07 2020	X			X					X			Melissa E
07 07 2020				X								Melissa E
08 07 2020				X								Melissa E
09 07 2020				X								Melissa E
10 07 2020				X								Melissa E
11 07 2020				X								Melissa E
13 07 2020	X			X					X			Melissa E
14 07 2020				X								Melissa E
15 07 2020				X								Melissa E

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 0800910333
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 20				X								Shirley R.
02 07 20				Y								Shirley R.
03 07 2020				Y								Shirley R.
04 07 2020				X								Shirley R.
06 07 2020	X			X					X			Shirley R.
07 07 2020				X								Shirley R.
08 07 2020				Y								Shirley R.
09 07 2020				Y								Shirley R.
10 07 2020				Y								Shirley R.
13 07 2020	X			Y					Y			Shirley R.
14 07 2020				Y								Shirley R.
15 07 2020				Y								Shirley R.

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

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

Apellidos y Nombres Completos JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	Cédula 1.002.526.470	Unidad chigunquirá
--	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 2020				X								Jennifer Ballén
02 07 2020	X			X					X			Jennifer Ballén
03 07 2020				X								Jennifer Ballén
04 07 2020				X								Jennifer Ballén
06 07 2020	X			X					X			Jennifer Ballén
07 07 2020				X								Jennifer Ballén
08 07 2020				X								Jennifer Ballén
09 07 2020				X								Jennifer Ballén
10 07 2020				X								Jennifer Ballén
13 07 2020	X			X					X			Jennifer Ballén
14 07 2020				X								Jennifer Ballén
15 07 2020				X								Jennifer Ballén

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 2020				X									[Firma]
02 07 2020				X									[Firma]
03 07 2020				X									[Firma]
06 07 2020	X			X					X				[Firma]
07 07 2020				X									[Firma]
08 07 2020				X									[Firma]
09 07 2020				X									[Firma]
10 07 2020				X									[Firma]
11 07 2020				X									[Firma]
13 07 2020				X					X				[Firma]
14 07 2020				X									[Firma]
15 07 2020				X									[Firma]

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

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

Apellidos y Nombres Completos LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	Cédula 1053338976	Unidad Chuquiquirá
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 2020				X									[Firma]
02 07 2020				X									[Firma]
03 07 2020				X									[Firma]
04 07 2020				X									[Firma]
06 07 2020	X			X					X				[Firma]
07 07 2020				X									[Firma]
08 07 2020				X									[Firma]
09 07 2020				X									[Firma]
10 07 2020	X			X									[Firma]
11 07 2020				X									[Firma]
13 07 2020	X			X					X				[Firma]
14 07 2020				X									[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332
 Línea de Control Normativo: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	1082896913	Chiquinquira

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 2020				X								Erika S.
02 07 2020				X								Erika S.
03 07 2020				X								Erika S.
06 07 2020	X			X					X			Erika S.
07 07 2020				X								Erika S.
08 07 2020				X								Erika S.
09 07 2020				X								Erika S.
10 07 2020				X								Erika S.
11 07 2020				X								Erika S.
13 07 2020	X			X					X			Erika S.
14 07 2020				X								Erika S.
15 07 2020				X								Erika S.

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	1073380856	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 2020				X								Gloria B.
02 07 2020				X								Gloria B.
03 07 2020				X								Gloria B.
04 07 2020				X								Gloria B.
06 07 2020	X			X					X			Gloria B.
07 07 2020				X								Gloria B.
08 07 2020				X								Gloria B.
09 07 2020				X								Gloria B.
10 07 2020				X								Gloria B.
13 07 2020	X			X					X			Gloria B.
14 07 2020				X								Gloria B.
15 07 2020				X								Gloria B.

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.



4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 07 20				X									
14 07 20				Y									
15 07 20				X									
16 07 20				X	X							Entrega mascarilla N95	
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.**

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

Apellidos y Nombres Completos BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	Cédula 63529281	Unidad MONIQUIRA
--	----------------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 07 20				X									
14 07 20				X									
16 07 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303



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

Apellidos v Nombres Completos SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	Cédula 1054682570	Unidad 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14 07 20				X										
15 07 20				X										
16 07 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, 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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala 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										
14 07 20				X										
15 07 20				X										
16 07 20				X										
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019033
 VIGILADO



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Camilo Javier May</u>	<u>33676746</u>	<u>Garagoa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 07 2020	X			X					X				
13 07 2020	X			X					X				
14 07 2020	X			X					X				
15 07 2020	X			X					X				
16 07 2020	X			X					X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Fanny Paolmy Barredo Julia</u>	<u>33676330</u>	<u>Garagoa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 7 20	X	X		X		X			X	X			<u>Fanny Barredo</u>
13 7 20	X	X		X		X			X	X			<u>Fanny Barredo</u>
14 7 20	X	X		X		X			X	X			<u>Fanny Barredo</u>
15 7 20	X	X		X		X			X	X			<u>Fanny Barredo</u>
16 7 20	X	X		X		X			X	X			<u>Fanny Barredo</u>
17 7 20	X	X		X		X			X	X			<u>Fanny Barredo</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Armando Ismael Dominguez Martinez	Cédula 531407	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	Monopala 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	X							
13 07 20		X	X	X	X	X							
14 07 20		X	X	X	X	X							
14 07 20		X	X	X	X	X							
15 07 20		X	X	X	X	X							
16 07 20		X	X	X	X	X							
16 07 20		X	X	X	X	X							
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Armando Ismael Dominguez Martinez 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.**

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

Apellidos y Nombres Completos GARCIA DAZA JORDAN	Cédula 102072786	Unidad GARCIA-GARCIA
--	----------------------------	--------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 07 20	X	X		X		X			X				
13 07 20	X	X		X		X			X				
14 07 20	X	X		X		X			X				
15 07 20	X	X		X		X			X				
16 07 20	X	X		X		X			X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, JORDAN GARCIA identificado (a) con CC: 102072786, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pupo Moreno Melissa	1045725343	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas			
13 07 20			X	X		X				X			
14 07 20			X	X		X				X			
15 07 20			X	X		X				X			
10 07 20			X	X	X	X				X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Castro	10499291152	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	Poininas			
11 07 20	X	X	X	X		X				X			
15 07 20	X	X	X	X		X				X			
17 07 20	X	X	X	X		X				X			
18 07 20	X	X	X	X		X				X			
16 07 20	X	X	X	X		X				X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Daniela Castro identificado (a) con CC: 10499291152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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

Abellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yoly Marcela Romero	1014188584	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		
10 07 20	X					X			X			Yoly Muñoz
13 07 20	X					X			X			Yoly Muñoz
14 07 20	X					X			X			Yoly Muñoz
15 07 20	X					X			X			Yoly Muñoz
16 07 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 Marcela Muñoz Identificado (a) con CC: 1014188584, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 / 7 / 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
11 / 7 / 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
13 / 7 / 2020	1			1						1		<i>Alix Margarita Acevedo</i>
14 / 7 / 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
15 / 7 / 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
16 / 7 / 2020				1								<i>Alix Margarita Acevedo</i>
DD / MM / AA												
DD / MM / AA												
DD / MM / AA												
DD / MM / AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 / 7 / 2020				1		2						<i>Maria Paula Campos</i>
11 / 7 / 2020				1		1						<i>Maria Paula Campos</i>
13 / 7 / 2020				1		1						<i>Maria Paula Campos</i>
14 / 7 / 2020	1			1		1				1		<i>Maria Paula Campos</i>
15 / 7 / 2020				1		2						<i>Maria Paula Campos</i>
DD / MM / AA												
DD / MM / AA												
DD / MM / AA												
DD / MM / AA												

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 / 7 / 2020				1		2						<i>Flor Isabel Serrano A.</i>
13 / 7 / 2020	1			1		4			1			<i>Flor Isabel Serrano A.</i>
14 / 7 / 2020				1		2						<i>Flor Isabel Serrano A.</i>
15 / 7 / 2020				1		2						<i>Flor Isabel Serrano A.</i>
16 / 7 / 2020				1		5						<i>Flor Isabel Serrano A.</i>
GD / MM / AA												
GD / MM / AA												
GD / MM / AA												

Yo, FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO Identificado (a) con CC: 23452508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
DEISY LILIANA ESTEVES	1052020668	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 / 7 / 2020				1								<i>Deisy Liliana Estéves</i>
11 / 7 / 2020				1		1						<i>Deisy Liliana Estéves</i>
12 / 7 / 2020	1			1		3			1			<i>Deisy Liliana Estéves</i>
14 / 7 / 2020				1		2						<i>Deisy Liliana Estéves</i>
15 / 7 / 2020				1		5						<i>Deisy Liliana Estéves</i>
16 / 7 / 2020	1			1		1			1			<i>Deisy Liliana Estéves</i>
GD / MM / AA												
GD / MM / AA												
GD / MM / AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000190332
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						
César A. Guerrero Solamencia				1082774101				Cons. Estadio Villavicencio						
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.														
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 196 con válvula	Gautes de flex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
17	7	2020												
18	7	2020												
21	7	2020												
22	7	2020												
23	7	2020												
24	7	2020												
25	7	2020												
27	7	2020												
28	7	2020												
29	7	2020												
30	7	2020												
31	7	2020												
Yo, <u>César Armando Guerrero S</u> Identificado (a) con CC: <u>1082774101</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaré la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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					
Cordoba Dusan Joanna Lizet				35263051				Aerolínea					
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 196 con válvula	Gautes de flex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>
17	7	2020											
18	7	2020											
21	7	2020											
22	7	2020											
23	7	2020											
24	7	2020											
25	7	2020											
27	7	2020											
28	7	2020											
29	7	2020											
30	7	2020											
31	7	2020											
Yo, <u>Joanna Cordoba</u> Identificado (a) con CC: <u>35263051</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaré la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Falla Munevar Sebastian.	Cédula 1221.936.803	Unidad Administrativo.
--	-------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Máscara de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Sebastian Falla
17 7 2020													
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020													
23 7 2020													
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

Yo, Sebastian Falla Munevar identificado (a) con CC: 1.221.936.803, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Máscara de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020	X		X										Adriana Rey
17 7 2020													
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020													
23 7 2020													
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

Yo, Adriana 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Olga Romero</i>	Cédula <i>73125025</i>	Unidad
---	---------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							<i>[Signature]</i>
17 7 2020													
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020													
23 7 2020													
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

Yo, *Olga Romero* identificado (a) con CC: *73125025* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>José Carlos Romero</i>	Cédula <i>1010182835</i>	Unidad <i>Villavicencio</i>
--	-----------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				<i>[Signature]</i>
17 7 2020													
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020													
23 7 2020													
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Gimne Faura Quiroga</i>	Cédula <i>40331096</i>	Unidad <i>Gerencia - Villavieques</i>
--	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopira de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tenazuela N55 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 / 7 / 2020	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>ver foto</i>	<i>[Firma]</i>
17 / 7 / 2020												
18 / 7 / 2020												
21 / 7 / 2020												
22 / 7 / 2020												
23 / 7 / 2020												
24 / 7 / 2020												
25 / 7 / 2020												
27 / 7 / 2020												
28 / 7 / 2020												
29 / 7 / 2020												
30 / 7 / 2020												
31 / 7 / 2020												

Yo, *Gimne Faura Quiroga* Identificado (a) con CC: *40331096* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Yamilé Saborido Ariza</i>	Cédula <i>40372862</i>	Unidad <i>Gerencia de</i>
--	----------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopira de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tenazuela N55 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 / 7 / 2020	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>[Firma]</i>
17 / 7 / 2020												
18 / 7 / 2020												
21 / 7 / 2020												
22 / 7 / 2020												
23 / 7 / 2020												
24 / 7 / 2020												
25 / 7 / 2020												
27 / 7 / 2020												
28 / 7 / 2020												
29 / 7 / 2020												
30 / 7 / 2020												
31 / 7 / 2020												

Yo, *Yamilé Saborido Ariza* Identificado (a) con CC: *40372862* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019333



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

Apellidos y Nombres Completos Gomez Leon Dora Ines	Cédula 12182797	Unidad Jersalud
--	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 992 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
1	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
2	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
3	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
4	7	2020												
FESTIVO														
6	7	2020	X	X	X	X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
7	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
8	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
9	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
10	7	2020											vacaciones	
11	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
FESTIVO														
13	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
14	7	2020	X	X		X	X	X				X	Kit en consultorio	Dora Leon
15	7	2020												

Yo, Dora Leon Gomez identificado (a) con CC: 12182797, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Joly Carolina Rojas	Cédula 40326034	Unidad Jicio
---	---------------------------	------------------------

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Gina Karina Arango	Cédula	Unidad
--	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceja	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBR con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollines			
1 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid	[Firma]
2 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
3 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
4 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	personal	[Firma]
FESTIVO													
6 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
7 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
8 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
9 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
10 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
11 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
FESTIVO													
13 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
14 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
15 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]

Yo, Gina Karina Arango Identificado (a) con CC: 90001094. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Angelica M. Larranaga	Cédula 40325348	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
	Ceja	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBR con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollines			
1 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
2 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
3 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
4 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]
FESTIVO													
6 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
7 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
8 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
9 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
10 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
11 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
FESTIVO													
13 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
14 7 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	Kit consultorio	Angelica L.
15 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Virid.	[Firma]

Yo, Angelica Larranaga Identificado (a) con CC: 40325348. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 08000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
José Romero	86080094	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Mongoles de seguridad	Cables desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gaite de látex	Gaite de nitrilo	Gaite de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
2	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
3	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
4	7	2020												
FESTIVO														
6	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
7	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
8	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
9	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
10	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
11	7	2020												
FESTIVO														
13	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
14	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	
15	7	2020	X	X		X	X	X				X	C. Virtual	

Yo, José Romero identificado (a) con CC: 86080094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Maria E. Navarro	1121838406	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Mongoles de seguridad	Cables desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gaite de látex	Gaite de nitrilo	Gaite de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	7	2020	X	X		X						X	X	
2	7	2020	X	X		X						X	X	
3	7	2020	X	X		X						X	X	
4	7	2020	X	X		X						X	X	
FESTIVO														
6	7	2020	X	X		X						X	X	
7	7	2020	X	X		X						X	X	
8	7	2020	X	X		X						X	X	
9	7	2020	X	X		X						X	X	
10	7	2020	X	X		X						X	X	
11	7	2020												
FESTIVO														
13	7	2020	X	X		X						X	X	
14	7	2020	X	X		X						X	X	
15	7	2020	X	X		X						X	X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Jovanna Corobba	Cédula 3526305	Unidad
---	--------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Copa	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NFE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
2	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
3	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
4	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
FESTIVO													
6	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
7	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
8	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
9	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
10	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
11	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
FESTIVO													
13	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
14	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
15	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			

Yo, Jovanna Corobba Identificado (a) con CC: 3526305, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Copa	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NFE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	7	2020				X							
2	7	2020				X							
3	7	2020				X							
4	7	2020				X							
FESTIVO													
6	7	2020				X							
7	7	2020				X							
8	7	2020				X							
9	7	2020				X							
10	7	2020				X							
11	7	2020				X							
FESTIVO													
13	7	2020	X			X							
14	7	2020	X			X							
15	7	2020	X			X							

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 0800919333



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

Apellidos y Nombres Completos Windy Guitan	Cédula 1120865421	Unidad ADJUTANCIAL
--	-----------------------------	------------------------------

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		
	Ceña	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poblinas				
1	7	2020	X	X		X		X						Windy G
2	7	2020	X	X		X		X						Windy G
3	7	2020	X	X		X		X						Windy G
4	7	2020	X	X		X		X						Windy G
6	7	2020	X	X		X		X						Windy G
7	7	2020	X	X		X		X						Windy G
8	7	2020	X	X		X		X						Windy G
9	7	2020	X	X		X		X						Windy G
10	7	2020	X	X		X		X						Windy G
11	7	2020												
13	7	2020												
14	7	2020												
15	7	2020												

Yo, Windy Guitan identificado (a) con CC: 1120865421, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 OMAR FERNANDO AUILA CASTAÑO	Cédula 26063039	Unidad ADJUTANCIAL
---	---------------------------	------------------------------

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		
	Ceña	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poblinas				
1	7	2020												
2	7	2020	X			X	X	X						
3	7	2020												
4	7	2020												
6	7	2020												
7	7	2020												
8	7	2020	X			X	X	X						
9	7	2020				X	X	X						
10	7	2020	X			X	X	X						
11	7	2020												
13	7	2020												
14	7	2020	X			X	X	X						
15	7	2020												

Yo, Omar Fernando Auila identificado (a) con CC: 26063039, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 018000910332



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
García Solomera César A.	1082774101	Com. Externa Villavicencio

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 195 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
2	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
3	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
4	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
6	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
7	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
8	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
9	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
10	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
11	7	2020			X			-	-				
13	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
14	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
15	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Van Camilo Fuentes	100782835	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 195 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
2	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
3	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
4	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
6	7	2020			X			-	-				
7	7	2020			X			-	-				
8	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
9	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
10	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
11	7	2020			X			-	-				
13	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
14	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		
15	7	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		

Yo, Van Camilo Fuentes identificado (a) con CC: 100782835, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Blanca Li Sarvajal	Cédula 35.262.590	Unidad
--	-----------------------------	--------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, 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	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polibas			
1	7	2020	✓	✓		✓		✓					
2	7	2020	✓	✓		✓		✓					
3	7	2020	✓	✓		✓		✓					
4	7	2020											
FESTIVO													
6	7	2020	✓	✓		✓		✓					
7	7	2020	✓	✓		✓		✓					
8	7	2020	✓	✓		✓		✓					
9	7	2020	✓	✓	✓	✓		✓					
10	7	2020	✓	✓	✓	✓		✓					
11	7	2020	✓	✓	✓	✓		✓					
FESTIVO													
13	7	2020	✓	✓	✓	✓		✓					
14	7	2020	✓	✓	✓	✓		✓					
15	7	2020	✓	✓	✓	✓		✓					

Yo, **Blanca Li Sarvajal M.** identificado (a) con CC: **35.262.590** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Yuli Beltran	Cédula 40218944	Unidad Box adm
--	---------------------------	--------------------------

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

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

Yo, **Yuli Beltran** identificado (a) con CC: **40218944** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

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

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

Fecha (Día/Mes/Año)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cable	Morrala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
2 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
3 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
4 7 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
FESTIVO													
6 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
7 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
8 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
9 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
10 7 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Paola Tulibila
11 7 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Aura Roa	Cédula 1.121.898.957	Unidad
--	--------------------------------	--------

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

Fecha (Día/Mes/Año)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cable	Morrala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
2 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
3 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
4 7 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
FESTIVO													
6 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
7 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
8 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
9 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
10 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
11 7 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
FESTIVO													
13 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
14 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa
15 7 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Aura Roa

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Diego Bocanegra	Cédula 1103054334	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	Hora	Código	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cuero	Monopala de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
2	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
3	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
4	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
FESTIVO															
6	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
7	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
8	7	2020	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
9	7	2020	1	1	1	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
10	7	2020	1	1	1	1	-	-	-	-	-	1	-		Diego Bocanegra
11	7	2020													
FESTIVO															
13	7	2020	1	1	1	1	-	-	-	-	-	1	-	Recibo Bato Nuevo	Diego Bocanegra
14	7	2020													
15	7	2020													

Yo, **Diego Bocanegra M** Identificado (a) con CC: **1103054334**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Cyamile Sabogal	Cédula 40392882	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	Hora	Código	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cuero	Monopala de seguridad	Carpa desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	7	2020	1	1											Uso
2	7	2020	1	1											Uso
3	7	2020	1	1											Uso
4	7	2020													
FESTIVO															
6	7	2020	X	X					X			X			Uso
7	7	2020	X	X					X			X			Uso
8	7	2020	X	X					X			X			Uso
9	7	2020	X	X					X			X			Uso
10	7	2020	X	X					X			X			Uso
11	7	2020													
FESTIVO															
13	7	2020	X	X					X			X			Uso
14	7	2020	X	X					X			X			Uso
15	7	2020	X	X					X			X			Uso

Yo, **Cyamile Sabogal** Identificado (a) con CC: **40392882**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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



4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Liliana Lopez	43920473	Jersalud

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 07 20				X								
15 07 20				X								
16 07 20			X	X					X			
17 07 20												
18 07 20												
19 07 20												
20 07 20												
21 07 20												
22 07 20												
23 07 20												
24 07 20												
25 07 20												
26 07 20												

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Liliana Lopez	43920473	Jersalud

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20				X								
30 06 20				X								
01 07 20				X								
02 07 20				X								
03 07 20				X								
04 07 20				X								
06 07 20				X								
07 07 20				X								
08 07 20				X								
09 07 20				X								
10 07 20				X								
13 07 20				X								



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Patricia Romero</i>	Cédula <i>1.043.000.19</i>	Unidad <i>Jersalud</i>
--	-------------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
14 07 20				X								<i>Sandra</i>
15 07 20				X						X		
16 07 20				X						X		
17 07 20												
18 07 20												
19 07 20												
20 07 20												
21 07 20												
22 07 20												
23 07 20												
24 07 20												

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Patricia</i>	Cédula <i>1.043.000.19</i>	Unidad <i>Jersalud</i>
---	-------------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
26 07 20				X								<i>Sandra</i>
30 07 20				X								
01 07 20			X	X		X			X			
02 07 20				X								
03 07 20				X								
04 07 20				X								
06 07 20				X								
07 07 20				X								
08 07 20			X	X		X			X			
09 07 20			X	X		X			X			
10 07 20				X		X			X			
13 07 20				X								

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	1121914029	CONSULTA EXTERNA
--------------------------------	------------	------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1979 y Res. 46 de 1962 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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.

No.	Fecha	Hora	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Cofia	Mascarilla de seguridad	Candado antichoque	Tapa ozojos de seguridad	Tapa ozojos 180º cut. vialista	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pobainas				
1	7	2020				X		X								
2	7	2020				X		X					X			
3	7	2020				X		X								
4	7	2020				X		X								
5	7	2020				X		X								
6	7	2020				X		X								
7	7	2020				X		X								
8	7	2020				X		X								
9	7	2020				X		X								
10	7	2020				X		X								
11	7	2020				X		X								
12	7	2020				X		X								
13	7	2020				X		X								
14	7	2020				X		X								
15	7	2020				X		X								
16	7	2020				X		X								
17	7	2020				X		X								
21	7	2020				X		X								
22	7	2020														
23	7	2020														
24	7	2020														
25	7	2020														
27	7	2020														
28	7	2020														
29	7	2020														
30	7	2020														
31	7	2020														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO

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

Apellido y Nombre (Completar) JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	Código 12585313	Unidad CONSULTA EXTERNA
---	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 382 de 1984, Dec. 386 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2-1.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Nº	Fecha (DD/MM/AAAA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma	
		Casco	Monoguada de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas descartables	Tapabocas tipo con pinza	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de isopropil	Bata desechable			Pelotas
1	7/2020		X		X		X						
2	7/2020		X		X		X						
3	7/2020		X		X		X						
6	7/2020		X		X		X						
7	7/2020		X		X		X						
8	7/2020	X	X		X		X						
9	7/2020	X	X		X		X						
10	7/2020	X	X		X		X						
11	7/2020	X	X		X		X						
13	7/2020	X	X		X		X						
14	7/2020	X	X		X		X						
15	7/2020	X	X		X		X						
16	7/2020	X	X		X		X						
17	7/2020												
21	7/2020												
22	7/2020												
23	7/2020												
24	7/2020												
25	7/2020												
27	7/2020												
28	7/2020												
29	7/2020												
30	7/2020												
31	7/2020												

Yo, JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO Identificado (a) con CC: 12585313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 01800010333
VIGILADO



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

Aparellidos y Nombres completos ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	Código 1121925239	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1932 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 170 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2016 anexo Art 2.2.4.6.24, numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Café	Mantenedor de seguridad	Cascos de seguridad	Tapabocas de seguridad	Tapabocas USB con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas	Observaciones	Finis
1	7	2020		X	X	X						
2	7	2020		X	X	X						
3	7	2020		X	X	X						
4	7	2020		X	X	X						
5	7	2020		X	X	X						
6	7	2020		X	X	X						
7	7	2020		X	X	X						
8	7	2020		X	X	X						
9	7	2020	X	X	X	X						
10	7	2020	X	X	X	X						
11	7	2020	X	X	X	X						
13	7	2020	X	X	X	X						
14	7	2020	X	X	X	X						
15	7	2020	X	X	X	X						
16	7	2020	X	X	X	X						
17	7	2020	X	X	X	X						
21	7	2020										
22	7	2020										
23	7	2020										
24	7	2020										
25	7	2020										
27	7	2020										
28	7	2020										
29	7	2020										
30	7	2020										
31	7	2020										

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas		
12 7 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
14 7 20				X		X						
15 7 20				X		X						
16 7 20				X		X						
17 7 20				X		X						
18 7 20				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleinas		
12 7 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
14 7 20				X		X						
15 7 20				X		X						
16 7 20				X		X						
17 7 20				X		X						
18 7 20				X		X						

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 7 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
14 7 20				X		X						
15 7 20				X		X						
16 7 20				X		X						
17 7 20				X		X						
18 7 20				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 7 20				X		X					Gorro quirurgico	
14 7 20				X		X						
15 7 20				X		X						
16 7 20				X		X						
17 7 20				X		X						
18 7 20				X		X						

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinhas		
13 7 20				X		X			X			<i>[Signature]</i>
14 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
15 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
16 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
17 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>
18 7 20				X		X						<i>[Signature]</i>

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

4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinhas		
13 7 2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
14 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
15 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
16 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>
17 7 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	40449526	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
07/07/2019				X		X			X		
08/07/2019				X		X					
09/07/2019				X		X					
10/07/2019				X		X					
11/07/2019				X		X					

Yo, Andrea Santos R. Identificado (a) con CC: 40.449.526, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
07/07/2019				X		X			X		
08/07/2019				X		X					
09/07/2019				X		X					
10/07/2019				X		X					
11/07/2019				X		X					

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable			Pollinas
30/07/2019				X		X			X			<i>[Signature]</i>
31/07/2019				X		X						<i>[Signature]</i>
01/08/2019				X		X						<i>[Signature]</i>
02/08/2019				X		X						<i>[Signature]</i>
03/08/2019				X		X						<i>[Signature]</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable			Pollinas
07/07/2019				X		X			X			<i>[Signature]</i>
08/07/2019				X		X						<i>[Signature]</i>
09/07/2019				X		X						<i>[Signature]</i>
10/07/2019				X		X						<i>[Signature]</i>
11/07/2019				X		X						<i>[Signature]</i>

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora Nacional: 01800091033



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13				X		X							<i>Lu Esperanza</i>
14				X		X							<i>Lu Esperanza</i>
15				X		X							<i>Lu Esperanza</i>
16				X		X							<i>Lu Esperanza</i>
17				X		X							<i>Lu Esperanza</i>

Yo, Lu Esperanza Guerrero Identificado (a) con CC: 40.446687, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellidos y Nombres Completos	Cedula	Unidad
Natalia Cebal	418570375	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	
	Coifa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10/07/20				3									<i>Natalia</i>

Yo, Natalia Cebal Identificado (a) con CC: 418.570.375, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Esneider Manotas	CC/DNI 17953.025	Unidad Ginecología/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	Monopis 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					1				1			
02 07 20									1			
08 07 20	1			1	1				1			
09 07 20									1			
15 07 20				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.

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

Apellido y Nombre completo Oscar Jimenez	CC/DNI 1051090740	Unidad Psicología/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	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 07 20				1								
13 07 20	1			1	1							

Yo, Oscar Jimenez Identificado (a) con CC: 1051090740 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

<u>Vivian Suarez</u>	<u>1.18.537.038</u>	<u>Med. Interno/Asistencial</u>
----------------------	---------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Coifa	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollineras	Observaciones	Firma
06 07 20	1			1	1							Vivian A Suarez
09 07 20	3			3								Vivian A Suarez
13 07 20	4			4	4							Vivian A Suarez

Yo, Vivian Suarez identificado (a) con CC: 1.18.537.038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<u>Henry Dario Cua</u>	<u>9432965</u>	<u>Med: General V. Asistencial</u>
------------------------	----------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Coifa	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollineras	Observaciones	Firma
01 07 20	5			5	1							[Firma]
13 07 20	6			6	1							[Firma]

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



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

Apellidos y Nombres completos Harold Penaranda	Código 8445511	Unidad Med. General / Asistencia
--	--------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06 07 20	5			5	1							
13 07 20	6			6	1							
1												

Yo, Harold Penaranda, Identificado (a) con CC: 8445511, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 APELLIDOS <u>Kelly Ruiz</u>	CÓDIGO PERSONAL <u>1010201040</u>	Unidad <u>Med. General / 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	Monogafá de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
06	07	20	6			6	1								K. Ruiz K. Ruiz
13	07	20	5			8	1								

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

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

NOMBRE Y APELLIDOS <u>Lilibeth Cruz</u>	CÓDIGO <u>52929376</u>	Unidad <u>pediatria / 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	Monogafá de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01	07	20				1	1			1				Lilibeth Cruz Lilibeth Cruz Lilibeth Cruz
08	07	20				1	1							
15	07	20				1				1				

yo, Lilibeth 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.



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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Cesar Duarte	C.C.P.P. 1047438183	UNIDAD Necl. 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
06 07 20	6			6	1									Jaru
13 07 20	5			5	1									umi

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Vanessa Charis	C.C.P.P. 10800155410	UNIDAD Asistencia Jefe P4P
---	-------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
06 07 20	6			6	1									Charis
07 07 20								1						Charis
13 07 20	5			5	1									Charis
18 07 20								2						Charis


Yo, Vanessa Charis, Identificado (a) con CC: 10800155410, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con 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: 0180001910303
VIGILADO



5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/07/2020	DEISY YANETH GARCIA	AUX ADMON/ MONQUIRA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	11	0	4	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
16/07/2020	LEIDY JASMITH SAENZ RUIZ	AUX. DE ENFERMERIA / MONQUIBA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

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

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				0% - 80%	NO CUMPLIDO
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

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


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

Página 1

TOTAL	14	1		PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados x 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Unidad Ejecutiva de Vigilancia Epidemiológica
Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/04/2020	MARIA PAULA CAMPOS	ASISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		uso de protección respiratoria
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
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			

Página 1

TOTAL	15	1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	33%		

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
16/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVES

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

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

Página 1

TOTAL	11	1	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%		

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
16/07/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		uso de protección respiratoria
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			aunque 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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

Página 1

TOTAL	14	1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/07/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY JASMITH SAENZ RUIZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/07/2020	DEISY YARGAS	CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

Página 1

TOTAL	15			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (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
16/07/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Atención al Ciudadano
 Calle Comuna Nacional, 05000170302
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
16/07/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Ejecutora Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Ejecutora Operativa de Vigilancia Epidemiológica
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
16/06/2020		SANDRA MALAYER		CONSULTA EXTERNA SOCAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			
TOTAL		12			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE



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
30/07/2020	Blanca Lo Canajal	Asistencial	Aura Cristina Lombao Ovejas

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			se recomienda uso permanente de los EPP
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda lavado de manos y uso de tapabocas permanente
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	Y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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)	300%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
25/07/2020	Maria Navarro	Asistencial.	Aura Cristina Londono Quera

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
15/07/2020	Yoli Beltrán	Administrativa	Aura Cristina Londono A.

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/07/2020	Ayara Mikaela Roda	Administrativa	Ayara Cristina Rodríguez Quirós

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Unidad Central Nacional - U.C.N.
 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
15/07/2020	Yamile sabagal	Asistencial.	Aura Cristina Lombro Duran

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

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

TOTAL	12	0	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 0800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/07/2020	Juan Camilo Pardo	Asistencial	Alicia Cristina Lombro Ovejas

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

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

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



	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
15/09/2020	Jose Abelmo Romero	Asistencial	Aura Cristina Lombardo O.

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
08/07/2020	Adriana Lorena Rey	Asistencial	Ara Cristina Lombardi Ojeda

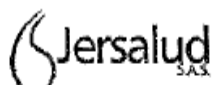
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	200%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica
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 INSPECCION
15/07/2020	Ruth Mary Baquero	Asistencial	Aura Cristina Lombro Quera

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

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



	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
15/07/2020	Tatiana Cordoba	Asistencial	Aura Cristina Londoño Duran

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
25/07/2020	Gina Arango A.	Asistencia	Ara Cristina Londono Quintero

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

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


TOTAL	12	0	3
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 Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		JORGE CLAVIJO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible para uso en consultorio		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible para uso en consultorio		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			insumo disponible en consultorio para uso se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Overol o bata disponible cuando se requiera uso		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias		X		Se recomienda uñas cortas de manera permanente		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda retirar elementos de protección como overol y bata antes de salir del área de trabajo		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando así se requiera		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en línea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		HAIDIY ROMERO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando asi se requiera		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en linea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80% NO CUMPLIDO		
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94% ACEPTABLE		
					95% - 100% SOBRESALIENTE		



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/07/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

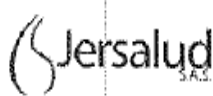
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza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

TOTAL	14	0	1
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 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
16/07/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata ó delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas 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)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/07/2020	RONNIE CARMONA	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

No.	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		A LA ESPERA DE QUE LLEGUE EL PEDIDO DE ESTOS
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	12	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				92%	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Bioseguridad
 Unidad Central Operativa - 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/07/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

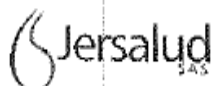
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala 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
16/07/2020	MARLY GARCIA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910303
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910303
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
16/07/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

No.	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		NO CUENTA CON BATAS Y GORROS SUFICIENTES, POR LO CUAL LOS DEBE REUTILIZAR
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	


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

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/07/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid 19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/07/2020	SANDRA PATIÑO	ENFERMERA	SANDRA PATIÑO

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


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

TOTAL	13	1	1	PUNTAJE	
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 Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/7/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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


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

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



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/7/2020		ESPERANZA GUERRERO		LINEA DE FRENTE		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
16/7/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x				
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x				
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x				
12	Utiliza calzado cerrado	x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x		
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)						



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/7/2020		DIEGO BARON		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/7/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01800010333
VIGILADO



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

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

Nombre completo: <u>Natalia Ceitel</u>	Cédula: <u>118.590.375</u>	Unidad: <u>Asistencia I</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)	Cefia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSE con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
10 07 20	G			3								

Yo, Natalia Ceitel Identificado (a) con CC: 118.590.375, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: <u>Esneider Manotas</u>	Cédula: <u>17953.025</u>	Unidad: <u>Genecología/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)	Cefia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSE con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
01 07 20									1			
02 07 20									1			
08 07 20	J			1	1				1			
09 07 20									1			
10 07 20				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.



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

NOMBRE DEL TRABAJADOR Vivian Suarez	IDENTIFICACION 1.18.537.038	UNIDAD DE TRABAJO Med. Interno/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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06 07 20	1			1	1							Vivian A Suarez Vivian A Suarez Vivian A Suarez
09 07 20	3			3								
13 07 20	4			4	1							

Yo, Vivian Suarez Identificado (a) con CC: 1.18.537.038. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

NOMBRE DEL TRABAJADOR Henry Dario Cua	IDENTIFICACION 9432965	UNIDAD DE TRABAJO Med: General Asistencia
--	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07 07 20	5			5	1							
13 07 20	6			6	1							

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Vigilado



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

Apellido y Nombre Completo	Código de Identificación	Unidad
Kelly Ruiz	1010201040	Med. General / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)		Cofia	Monogasa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
06	07	20	6		6	1							Kelly Ruiz
13	07	20	5		5	1							Kelly Ruiz

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

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

Apellido y Nombre Completo	Código de Identificación	Unidad
Harold Penaranda	8445511	Med. General / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)		Cofia	Monogasa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
06	07	20	5		5	1							Harold Penaranda
13	07	20	6		6	1							Harold Penaranda

Yo, Harold Penaranda, identificado (a) con CC: 8445511, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Limbeth Cruz</u>	Cédula <u>52929376</u>	Unidad <u>Med. General / Asistencia</u>
--	---------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias					
01 07 20				1	1				1				Limbeth Cruz		
08 07 20				1	1										
15 07 20				1	1				1						

Yo, Limbeth 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Cesar Duarte</u>	Cédula <u>1047-438 183</u>	Unidad <u>Med. General / Asistencia</u>
--	-------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
06 07 20	8			6	1								Cesar Duarte
13 07 20	5			5	1								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres completos	Código	Unidad
VANESSA CHARMS	1080015590	Asistencia Jefe PUP

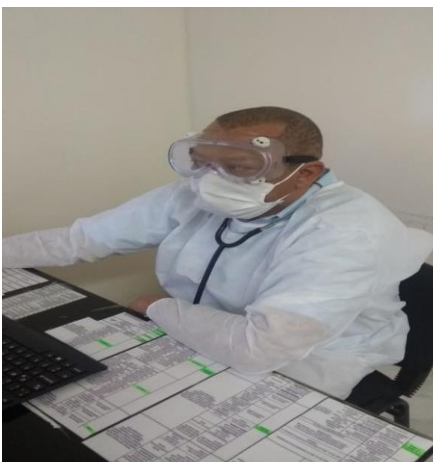
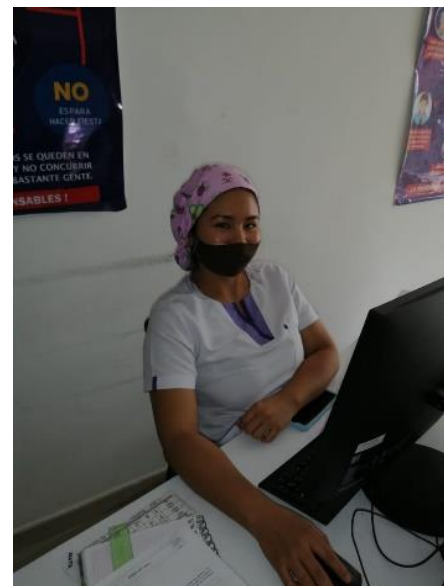
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
06 07 20	6			6	1							Charms C.
07 07 20								1				Charms C.
13 07 20	5			5	1							Charms C.
16 07 20								2				Charms C.

Yo, Vanessa Charms, 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 Corredor Nacional: 018000910303
 VIGILADO

5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 01800091030

www.jersalud.com



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





6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 2 mar 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar entomología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinegia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
9/07/20	Jandrey Orozco	Auxiliar	CERT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jandrey S
9-7-20	Pan Bonisca M.	Psicólogo	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jandrey S
09/07/20	Doris Mayora Rojas	Aux. Administrativo	ADM	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Doris M S
09/07/20	Anderson Torres	Aux. Admin	CERT	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson S
9-07-20	Sara C. Rivas	MD	CERT	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sara S
9/7/20	Jesús Oros	MD	CERT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jesús S
09/07/20	Diego Alejandro Ciro	Aux. ADM	ADM	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego S
09/07/20	John Leon	MD	C.E	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John S
09-07-20	Leidy Jimenez	Auxiliar	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy S
09-07-20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina S
9-07-20	Juan Carlos Gutierrez	M.D	C.E	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan S
09/07/20	Gustavo Gaitan	Medico	CERT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gustavo S
09/07/20	Jesús Oros	Medico	CERT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jesús S
09/07/20	Mario Pablo Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario S
10/07/20	Sandra Pérez	Auxiliar	CERT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra S
10/07/20	Monica Flores	Medico	CERT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica S
10/07/20	Marina Rojas	Medico	CERT	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marina S

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 2 mar 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar entomología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinegia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
10-07-20	Olivia Ibáñez	Aprendiz	Administrativa	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia S
1-07-20	Natalia Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Natalia S
10-07-20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina S
10/07/20	Jennifer Mateos	T.S	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer S
11/07/20	Mario Pablo Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario S
13/07/20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina S
13/07/20	Jennifer Mateos	T.S	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer S
13/07/20	Daniela Suarez	Aprendiz	Administrativa	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S
13/07/20	Doris Mayora Rojas	Aux. Administrativo	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Doris S
13-07-20	Eleonora Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eleonora S
13-07-20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina S
13/07/20	Doris Mayora	Aux. Administrativo	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Doris S
14/07/20	Doris Mayora	Aux. Administrativo	ADM	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Doris S
14-07-20	Sabrina Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina S
14-07-20	Eleonora Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eleonora S
14-07-20	Mario Pablo Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario S
14-07-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S

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



Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FOGA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10/07/20	Guillermo	Médico	Med. G	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
10/07/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin CE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	David Jimenez	Colaborador	Oftalmología	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Yolky Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Samuel Torres	Médico	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Nubia Vasquez	Coord. Fecl	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Franklin	Médico	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	David Jimenez	Colaborador	Oftalmología	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Monica Flan	Médico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	John Jim	M.D.	C. Ed	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Salvador	M.D.	Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Joel Derán	M.D.	Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FOGA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Gerison Guerra	Médico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Monica Cecilia	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Manoel Paulo	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	David Jimenez	Colaborador	Oftalmología	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/07/20	Wendy Estrella	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/07/20	Orlando	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



Jersalud F(GD)003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematizada (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides	Há tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaleja	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en otra entidad?		
11-07-20	Andrea Zepa	Aux. Adminis	Admin CE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11-7-20	Juan Fonseca	psicologo	CExt	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11-7-20	Juel Duran	MD	CExt	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11/07/20	Luz Nojica U	Medico	C. Ext	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11/07/20	Blanca N. Vasquez	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11/07/20	Gilma Luz	Red	CExt	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11/07/20	Carson Qui	Medico	CExt	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11-7-20	Yedy P. Calle	Enferm	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11-07-20	Alfonso Montoya	Med. Gen	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
11-7-20	Juan Fonseca	psicologo	CExt	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/7/20	Carson Qui	Medico	CExt	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/7/20	Juel Duran	MD	CExt	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
11/07/20	Maiselaine Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
13/7/20	Sandra Pineda	Aux. Enferm	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13-7-20	Wanda Rojas	Aux. Serv. Adm.	CExt	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13-7-20	Diana Lopez	Aprendiz	CExt	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Luz Nojica U	Medico	CExt	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Alfonso Flores	Medico	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13-07-20	Yara Rodriguez	Aux. Adm.	CExt	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)

Jersalud F(GD)003
Versión 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematizada (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides	Há tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaleja	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en otra entidad?		
13/07/20	Gilma Luz	Red	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin CE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13-7-20	Yedy Calle	Enferm	CExt	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Alfonso Montoya	Med. Gen	CExt	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Alfonso Montoya	Medico	CExt	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/7/20	Blanca Vasquez	Coord. Sede	CExt	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/7/20	Juan Fonseca	psicologo	CExt	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Yedy Calle	Enferm	CExt	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/7-20	Juan Fonseca	psicologo	CExt	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/7/20	Juel Duran	MD	CExt	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Luz Nojica U	Medico	CExt	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Yedy Calle	Enferm	CExt	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Yedy Calle	Enferm	CExt	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Yedy Calle	Enferm	CExt	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/07/20	Monica Flores	Medico	CExt	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)
13/7/20	Yedy Calle	Enferm	CExt	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(I)

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FUSAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminófilo?	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus corona?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adormecimiento			
13-07-20	Alejandro Martínez	Id. General	C. Ext	N	N	NO 35.9	NO	NO	N	N	NO	SI	[Firma]
13-07-20	Miguel Ángel	M.D.	C. EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Isabella Rojas	Aux General	C. Ext	N	N	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Martin Lago			NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Anderson Vences	Asst Admin	C. ext	N	N	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-7-20	Juan Ponce	Psicología	C. Ext	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-7-20	Sandra	M.D.	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-7-20	Juan Cejudo	M.D.	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Jiménez	M.D.	C. Ext	N	N	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Juan Rojas	Aux ADM	ADM	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	[Firma]
13-07-20	José	M.D.	C. Ext	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	[Firma]
13-07-20	José Alberto	M.D.	C. ext	N	N	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Juan Pedro	Nutrición	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-07-20	Monica Tiza	Hed	CEO	N	N	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-07-20	Zulma Betanc	Enfermera	Ext	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-07-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-07-20	Andrea Zipa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FUSAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminófilo?	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus corona?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adormecimiento			
14-07-20	Erika Casigay	Asst. Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Daniel Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Gabriela Estrella	Analista SST	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Pepi Matos	Aux Apoyante	Admin	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Clara Parra	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Mario Pardo	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Gabriela Estrella	Analista SST	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Dora Yamora	Aux ADM	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Gabriela Estrella	Analista SST	Admin	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Mario Pardo	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Claudia Rojas	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



JERSALUD.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGMA003 Versión 2 may 20 1 de 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si (marcar con una X las variables que aplique)								Firma del Funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Falga y Adenitis	¿Trabaja en otra entidad?		
14-07-20	Yanet Barona	Beneficiaria	CERT	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Ilonda Rojas	Aut. General	C. Extern	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Guilmo Ruiz	Red	CERT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Andrés Jaeger	Aux. Odont.	Odont.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Flavio Martínez	Med. General	C. Extern	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Franco N. Vargas	Coord. Sede	C. Extern	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Yara Torres	Nutricionista	C. Extern	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Yanet Barona	Medico	C. Extern	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-7-20	Juan Fonseca	psicólogo	C. Extern	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-7-20	Jed Durán	MD	CERT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Armando	MD	CERT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Luz Herrera U	MD	C. Extern	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Gerzon Guzmán	Medico	C. Extern	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Isabel Plana	psicóloga	C. Extern	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Sara Ste	Medico	C. Extern	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Diana Callizo	Medico	C. Extern	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Yara Torres	Medico	C. Extern	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Denise Jara	Medico	C. Extern	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

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 si (marcar con una X las variables que aplique)								Firma del Funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Falga y Adenitis	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-07-14	Flavio Martínez	Med. General	C. Extern	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7-14-2020	Martha Sánchez	Docente		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
07-	Pilar Cardenas	Beneficiaria	CERT	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Yara Torres	Beneficiaria	M.D	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Franco N. Vargas	Beneficiaria	-	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-7-20	Juan Fonseca	psicólogo	C. Extern	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	SEBASTIÁN CANACHO	BENEFICIARIO		NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	MILA TORRES G	beneficiario		NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Omaira P. Romero	Docente		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Luis H. Briceno	Beneficiario	Docente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Luz Angela Sánchez	Docente	Docente	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-07-20	Adriana Rojas	Docente		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Linea de Consulta Nacional: 018000910333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGANNO Versión 2 mar 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o sulfonamidas	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia			
14/07/20	Maria Pabla Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria S.
14-07-20	Claudio Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	claudio R.
14/07/20	John Sandoval	Medic	CGST	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John S.
14/07/20	Georgette Guzman	Medic	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Georgette S.
14-07-20	Juan Luis Lopez	M.D	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan L.
14/07/20	Edy P. Lopez	MD	CERT	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Edy P.
15-07-20	Nancy Lopez	Aux. Servicio General	C. General	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy I.
15-07-20	Anderson Ochoa	Aux Admin	C. Frente	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson O.
15-07-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I.
15-07-20	Monica Flaca	Medico	CERT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica F.
15/07/20	Alba Lucía Sánchez	Administrativa	CERT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alba L.
15/07/20	Zaira Betancur	Enfermera	C/EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zaira B.
15-07-20	Cecily Jimenez	Aux. adm.	CERT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cecily J.
15/07/20	Carla Ros	Med	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carla R.
15-07-2020	Claudia Alvarado	Med. Gen	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia A.
15-7-2020	Vivian Alvarado	Medic	C/EXT	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vivian A.
15/7/20	Sandra Torres	Medico	C.EXT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra T.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGANNO Versión 2 mar 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o sulfonamidas	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia			
15/7/20	David Inessa	Otorrino	Otorrino	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	David I.
15/7-20	Juan Fonseca	Psicólogo	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan F.
15/07/20	John Lora	MD	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John L.
15/7/20	Joel D.	MD	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel D.
15/07/20	Alba Lucía Sánchez	Administrativa	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alba L.
15/07/20	José Alvarado	Medico	C.EXT	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	José A.
15/07/20	Monica Flaca	Medico	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica F.
15-07-20	Carla Ros	Med	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carla R.
15-7-20	Claudia Alvarado	Med. Gen	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia A.
15-7-20	Juan Luis Lopez	M.D	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan L.
15-7-20	Nancy Lopez	Aux. Servicio General	C.EXT	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy I.
15-7-20	Laura Bolívar Nuevo	Beneficiaria	SS	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Laura B.
15-07-2020	Diana Margarita Rojas	Aux. Comunitaria	Aplicadora	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana R.
15-7-20	Juan Fonseca	Psicólogo	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan F.
15-07-20	Carla Ros	Med	CERT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carla R.
15/7/20	Alba Lucía Sánchez	Administrativa	CERT	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alba L.
15/7/20	Joel Duran	MD	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel D.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0800091033

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FECHA Semana 3 mes 07 19E 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del funcionario	
15/07/20	John Lora E	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/07/20	Mario Pablo Paez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/07/20	Andrés Ceballos	Aux Admin	Labent	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/07/20	Andrea Zepa	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/07/20	José Xelous	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/07/20	Cassian Gu	Medic	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15-7-20	Maria Rodriguez	AUX Act	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15-07-20	Bely Venzky	Aux S. Guadalupe	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Emilia Rojas?	TS	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	María Rojas	Aux. General	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Giulio Lora	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-07-20	Andrés Ceballos	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-Junio-20	Andrea Zepa	Aux Admin	AdminCE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-07-20	Maria C Rodriguez	Aux Admin	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-07-20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-07-20	Monica Flea	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	Fredy Lora	MD	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FECHA Semana 3 mes 07 19E 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del funcionario	
16/07/20	María Xelous	Medico	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Juliana Beltrán	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Andrés Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07	Clayda Carras	Medico	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Andrés Montoya	Medico	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Francisco A. Vique	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	Maria Qualla	Enfermera	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	Leon Fonseca	Psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-07-20	Juan César Herrera	Emp. Support	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-07-20	Clayda Carras	Medico	C. Ext	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	John Lora E	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Cassian Gu	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	Isabel Quiñones	MD	C. Ext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	John Lora E	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/07/20	José Xelous	Medico	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/7/20	John Sanchez	MD	C. Ext	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	San Xelous	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	Andrés Ceballos	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-7-20	José Xelous	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva de Operación y Control de Calidad
 Línea Correo Nacional: 0800091033

VIGILADO



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003
												Verión 2
												may-20
												1 DE 1
Entrada												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15-07-20	Hedely Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	JHE
15/07/20	Diana P. Arco	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
16/07/20	Diana Arco	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
15/07/20	Juan César Figueroa	Ing. Soporte	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	JCF
15-07-20	Diana Arco	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
15-07-20	Edwin Cepeda	Asist TH	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Edw.
15-07-20	Glenda Arce	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	GL
15-07-20	Luis Rodríguez	Médico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
15-07-20	Orlando Gutierrez	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Orlando
15-07-20	Yolanda Trujillo	Médico	Asist	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI	Yolanda
						36.2						

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003
												Verión 2
												may-20
												1 DE 1
SALIDA												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15-07-20	Hedely Triana	Aux Administ	Administ	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	JHE
15-07-20	Edwin Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Edw.
15/07/20	Diana Arco	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
16/07/20	Diana Arco	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
15-07-20	Diana Arco	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
15-07-20	Luis Rodríguez	Médico	Asist	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
15-07-20	Glenda Arce	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	GL
15-07-20	Yolanda Trujillo	Médico	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Yolanda
15-07-20	Orlando Gutierrez	Médico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Orlando

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333
 Línea Correo Nacional: 018000910333
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)									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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14/7/20	Lina Arcaya	Aux Admin	Admin	no	no	36,3	no	no	no	no	no	no	Lina
14/9/20	Diana Arcay	Enfermera	Asista	no	no	36,5	no	no	no	no	no	no	Diana
14-07-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	no	no	35,3	no	no	no	no	no	no	Evelyn
14-07-20	Hidely Truano	Aux Admin	Admin	no	no	35,4	no	no	no	no	no	no	Hidely
14-07-20	Alexandra Pinzon	Aux Admin	Admin	no	no	36,5	no	no	no	no	no	no	Alexa
14-07-20	Diana Sofia Chaparro	Aux Admin	Aprende	no	no	35,0	no	no	no	no	no	no	Diana
14-07-20	Olivero Pacheco	Mestra	Asist	no	no	36,5	no	no	no	no	no	no	Olivero
14-07-20	Arcaya Dely Truano	Medico	Asist	no	no	36	no	no	no	no	no	no	Arcaya
14/07/20	DIANA CELENO	AUX ADM	ADM	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
14/07/2020	Arcaya Dely Truano												

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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14-07-20	Evelyn Cecilia Cepeda	ASIST TH	Admin	no	no	36,6	no	no	no	no	no	no	Evelyn
14-07-20	Hidely Truano	Aux Admin	Admin	no	no	36,5	no	no	no	no	no	no	Hidely
14/07/20	Diana P. Arcay	Enfermera	Asist	no	no	36,4	no	no	no	no	no	no	Diana
14/07/20	Diana Celeno	AUX ADM	ADM	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
14/07/20	Juan Cesar Figueroa	Eng. Soporte	Admin	no	no	36,1	no	no	no	no	no	no	Juan

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C.
 Línea Corrala Nacional: 01800010303
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 Desarrollo	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	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
13/07/20	Hedily Triana	Aux Admin.	Adminis	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ful
13/07/20	Diana P. Arno	Enfermera	Asistenc.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
13/07/20	Diana CECADO	AUX ADM	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
13/07/20	Lianys Riquelme	AUX ADM	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lianys
13/07/20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
13/07/20	Gloria Alejandra	Coordinadora	Asistenc	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
13/07/20	Nancy HOBOLVA	MEQU	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
13/07/2020	Diana Sofía Chaparro	Aux Adm	Aprenci 2	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
13/07/20	Alejandra Pinón	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
13/07/20	Josefina S.	Medico	Asistenc	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Josefina

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desarrollo	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	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
13/07/20	Nancy HOBOLVA	MEQU	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
13/07/20	Hedily Triana	Aux Admin.	Adminis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedily
13/07/20	Gloria Alejandra	Coordinadora	Asistenc	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
13/07/20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
13/07/20	Diana CECADO	AUX ADM	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
13/07/20	Alejandra Pinón	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
13/07/20	Josefina S.	Medico	Asistenc	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Josefina

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



ENTRADO

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003		
											Versión: 2		
											may-20		
											1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	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 Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11-07-20	Nancy Morán	Medico	ASUJ	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Gloria Arcandio	Coordinador	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Lina Alejandra	AUX ADM	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

ENTRADO

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003		
											Versión: 2		
											may-20		
											1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	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 Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11-07-20	Nancy Morán	Medico	ASUJ	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-7-20	Lina Alejandra	AUX ADM	Adm	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Gloria Arcandio	Coordinador	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Alexandra P	Aux Ad	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



ENTRADA.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10-07-20	Gloria Arellano	Coord. Inscr.	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Hidaly Triana	Aux Admin.	Administ.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Alejandro Pinzon	Aux Adm	Administ.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Wasey Modolo	MEBO	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Orvaldo Guehenes	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Kevin Rosendo	Médico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10-07-20	Diana Areo	Enfermera	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Diana Celador	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Lina Arellano	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Orvaldo Guehenes	Médico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Kevin Rosendo	Médico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Gloria Arellano	Coord. Inscr.	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Hidaly Triana	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 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)								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	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
09-07-20	Hidaly Trancesi	Aux Admin.	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	feet
09/07/20	Diana Acebo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A
09/07/20	Diana Acebo	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C.
09-07-20	Lidia Alarcon	Mux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Lidia
09-07-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistenc	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
09-07-20	Wancy Mercedes	Medico	Asu	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Wancy
09-07-20	Kevin Rodryguy	Medico	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
09-07-20	Oswaldo Gutierrez	Medico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Oswaldo
09/07/20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	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	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
09-07-20	Kevin Rodryguy	Medico	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin
09-07-20	Hidaly Trancesi	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly
09-07-20	Oswaldo Gutierrez	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Oswaldo
09/07/20	Diana Acebo	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
09/07/20	Diana Acebo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
09-07-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistenc	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
09-07-20	Alejandra P	Mux Adm	Adm	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
09-07-20	Wancy Mercedes	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Wancy



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

Jersalud												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Felgo y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
16-07-20	Sandra Patricia	Aux. Admin	Línea F.	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P	
16-07-20	Constanza B	Aux. Adm	SIOU	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Constanza B	
16/07/20	MILENA QUINTERO	ENFERMERA	ASISTENCIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA Q	
16/07/20	Sebastián Rivero	Medico	Cent	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián R	
16-07-20	Deisy Carolina	Asistente coord	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy C	
16/7/20	Deisy Vargas B	aux. enfermera	asistencia	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy V	
16-7-20	Cesar Camillo	MD	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar C	
16/07/20	Germán Boceres	Aux Fact	Farmacia	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	Germán B	
16/7/20	Elber Dejesus	Medico	CEXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Elber D	

Jersalud												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Felgo y Adrenas	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
15-07-20	Sandra Patricia	Aux. Admin	Línea F.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra P	
15-07-20	Constanza B	Aux. Adm	SIOU	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Constanza B	
15/07/20	MILENA QUINTERO	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA Q	
15/07/20	Germán Boceres	Aux Fact	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Germán B	
15/07/20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy V	
15/07/20	Sebastián Rivero	Medico	Cent	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián R	
15-7-20	Cesar Camillo	MD	CEXT	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar C	
15-7-20	Germán Boceres	Aux. Admin	Línea F.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Germán B	
15-07-20	Deisy Carolina	Asistente coord	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy C	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala 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 cronometría (Marcar con una X las variables que apliquen)								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	Odoraje	Fatiga y Adremsa	¿Trabaja en una entidad?		
14-07-20	Dina Romero	Aux. Adm. CO	Linea Frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Romero
14-07-20	Day Vargas	aux. enfermera	atención	SI	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Day Vargas
14/07/20	MILENA A. QUINTANA	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA A. QUINTANA
14-07-20	Day Carolina	COORD. COORD.	ADMIN	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Day Carolina
14-07-20	Antonanza B	Aux Adm	SICU	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Antonanza B
14-07-20	Sebastián Rivera	Médico	CExt.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián Rivera
14-07-20	Sandra Melara	Aux. Admin	Linea Frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Melara
14/07/20	Giovanni Rodriguez	Médico	CExt.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Giovanni Rodriguez
14/07/20	Elida De Rojas	Medico	CExt	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elida De Rojas

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 cronometría (Marcar con una X las variables que apliquen)								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	Odoraje	Fatiga y Adremsa	¿Trabaja en una entidad?		
13-07-20	Sandra Melara	Aux. Admin	Linea Frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Melara
13/07/20	MILENA QUINTANA	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA QUINTANA
13-07-20	Day Carolina	COORD. COORD.	ADMIN	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Day Carolina
13/07/20	Sebastián Rivera	Médico	CExt	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastián Rivera
13-07-20	Antonanza B	Aux Adm	SICU	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Antonanza B
13-7-20	Cesar Camilo	M.D	CExt	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Camilo
13-07-20	Dina Romero	Aux. Adm. CO	Linea Frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Romero
13/07/20	Giovanni Rodriguez	Médico	CExt.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Giovanni Rodriguez
13/07/20	Elida De Rojas	Medico	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elida De Rojas

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar etiopatología (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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11-07-20	Sandra Tabares	Aux. Adm	Línea Front	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/07/20	MILENA QUINTANA	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/07/20	Sebastián Rivera	Médico	Cent	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Daisy Carolina Hernandez	COORD	Admón	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-07-20	Daisy Vargas	aux enfermera	asistencia	SI	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar etiopatología (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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10-07-20	Dina Romero	Aux. Activo	Línea Front	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/20	MILENA QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/20	Sebastián Rivera	Médico	Cent	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-7-20	Cesar Camilo	MD	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/20	Daisy Carolina Hernandez	COORD	Admón	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/20	Daisy Vargas	aux enfermera	asistencia	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/20	Sandra Tabares	Aux. Activo	Línea Front	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/07/20	Giovanni Balboa	Médico	C.EXT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/7/20	Elida Jacquez	Médico	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01000010303
 Línea Correo Nacional: 01000010303
VIGILADO



6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
13/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley Venito
13/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
13/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
13/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
13/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
14/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
14/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
14/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
14/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
14/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
14/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
14/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
15/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
15/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
15/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
15/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
15/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
15/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
15/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
16/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
16/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
16/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
16/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
16/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
16/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
16/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMILACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana

6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
2020-07-10	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-10	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-10	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-10	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-10	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800010303

www.jersalud.com



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



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GD)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre 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	Odonología	Fatiga y Adrenia			
2020-07-13	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38,7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-07-13	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-07-13	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,1	SI	NO	NO	NO	NO		
2020-07-13	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36,1	SI	NO	NO	NO	NO		

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GD)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre 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	Odonología	Fatiga y Adrenia			
2020-07-14	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-07-14	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35,7	SI	NO	NO	NO	NO		
2020-07-14	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	SI	NO	NO	NO	NO		
2020-07-14	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,2	SI	NO	NO	NO	NO		
2020-07-14	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36,4	SI	NO	NO	NO	NO		
2020-07-14	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	35,9	SI	NO	NO	NO	SI		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01600010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-15	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-15	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Leidy Saenz Ruiz</i>
2020-07-15	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy Garcia Arias</i>
2020-07-15	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sandra Tejedor</i>

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-16	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-16	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Ivonne Blanco Arenas</i>
2020-07-16	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Leidy Saenz Ruiz</i>
2020-07-16	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Deisy Garcia Arias</i>
2020-07-16	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sandra Tejedor</i>
2020-07-16	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	SI	<i>Caterin Castillo</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 01800019383
VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiñaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
14-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
14-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
15-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
15-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-07-2020	Mery Camelo	Auxiliar Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiñaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
14-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
14-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
15-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
15-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-7-20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera Asistencial	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800901033
 Línea Correo Nacional: 0800901033



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA0003
		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	Otorrrea	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
13-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
13-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
14-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
14-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
15-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
15-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
16-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
16-07-20	Armando I. Domínguez	Médico	C.E.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA0003
		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	Otorrrea	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
10/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
13/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
14/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	35	No	No	No	No	No	No	
15/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
16/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	35	No	No	No	No	No	No	
16/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	35	No	No	No	No	No	No	
13/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
14/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
15/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	
16/07/20	Diana Bonilla	Enfermera	C.E.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	

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



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
												FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
10/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Yuly M	
10/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.0	No	No	No	No	No	Yuly M	
13/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Yuly M	
13/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Yuly M	
14/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Yuly M	
14/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	35.8	No	No	No	No	No	Yuly M	
15/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Admin	Línea frente	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Yuly M	
15/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Adminis	Línea frente	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Yuly M	
16/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administ	Línea frente	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Yuly M	
16/07/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.7	No	No	No	No	No	Yuly M	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
												FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
13/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Melissa	
13/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Melissa	
14/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Melissa	
14/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Melissa	
15/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Melissa	
15/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Melissa	
16/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	35.6	No	No	No	No	No	Melissa	
16/07/20	Melissa Pupo Mesa	Medico General	Consultorio	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Melissa	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Guateque, D.C.
 Línea Guateque Nacional: 02600910332
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGAA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeoja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela
11-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela
13-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela
13-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	36.0	No	No	No	No	No	Daniela
14-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.6	No	No	No	No	No	Daniela
14-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela
15-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	36.5	No	No	No	No	No	Daniela
15-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	36.0	No	No	No	No	No	Daniela
16-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.0	No	No	No	No	No	Daniela
16-07-2020	Daniela Castro	Aux. Enfermería Asistencial		No	No	35.5	No	No	No	No	No	Daniela

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGAA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeoja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
10/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
10/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
10/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AYENDIÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	NO 37.2	NO	NO	NO	NO	NO	Flor
10/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AYENDIÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flor
10/07/2020	MARIA PAOLA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
10/07/2020	MARIA PAOLA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
10/07/2020	DEBY LISIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Deby
10/07/2020	DEBY LISIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Deby
11/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	NO 36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
11/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
13/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AYENDIÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	NO 36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Flor
13/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AYENDIÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Flor
13/07/2020	MARIA PAOLA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
15/07/2020	MARIA PAOLA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
17/07/2020	DEBY LISIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Deby
18/07/2020	DEBY LISIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	No	No	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Deby

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000190302
VIGILADO



Jersalud FIGAAR03
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 antituberculosos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaloga	Fatiga y Adnemia	¿Trabaja en otra entidad?		
14/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alf. Lopez
14/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alf. Lopez
14/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
14/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
14/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (37.1)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yessica
14/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (36.2)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yessica
14/07/2020	DEIDY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo
14/07/2020	DEIDY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo
15/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alf. Lopez
15/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alf. Lopez
15/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
15/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
15/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (36.3)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yessica
15/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (36.4)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yessica
15/07/2020	DEIDY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo
15/07/2020	DEIDY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo

Jersalud FIGAAR03
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 antituberculosos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondaloga	Fatiga y Adnemia	¿Trabaja en otra entidad?		
16/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alf. Lopez
16/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alf. Lopez
16/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
16/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
16/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	—
16/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	—
16/07/2020	DEIDY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo
16/07/2020	DEIDY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduardo

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

VIGILADO



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIRMADO	
											Página 2	
											1 DE 1	
				¿Se observaron violaciones de bioseguridad o contaminación?	¿Se verificó correcto uso de equipo de protección por medio doméstico?	Temperatura igual o mayor a 35°C	Tos	Dificultad respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del trabajador
16/07/20	Jaura Pinto	Aprendiz Sora	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Juan Emilio Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/07/20	Yamile Sabogal	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/07/20	Blass Barreto	Medico Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/07/20	Maria Camila Gomez	Odonatologa	Asistencial	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Guina Tanna Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Johana Uribe	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIRMADO	
											Página 2	
											1 DE 1	
				¿Se observaron violaciones de bioseguridad o contaminación?	¿Se verificó correcto uso de equipo de protección por medio doméstico?	Temperatura igual o mayor a 35°C	Tos	Dificultad respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del trabajador
15/07/20	Yamile Sabogal	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/07/20	Flor Alba Castro	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/07/20	Potencia Conzuega	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
15/07/20	Johana Uribe	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Sebastian Falla	Aux. Facturacion	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Juanita Córdoba	Medico	Asistencial	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Cesar Guerrero	Medico Familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Marcela Macale	Aux. Odontologia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Flor Alba Castro	Odonatologa	Asistencial	SI	SI	36.2	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
16/07/20	Yolaine Villalobos	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Paola Galindo	Jefe Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Dina Villalobos	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Greiva Teller	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Mery Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Katherine Chingole	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Alexandra Pina	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Daniela Carrero	Aux. Calidad	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Sandra Peraza	Prof. Calidad	Admon	SI	NO	36.2	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Soledad Linares	Coor. Sede	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Jessica Caron	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Ana Lombardi	Aux. S.S.T	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Nicolé Romano	Aux. Facturacion	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Maria José Barillo	Aux. T.H	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central: 01-800019033
 Linea Correo: 01-800019033
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIRMAS Página 2 de 2 1 DE 1	
Fecha	Nombre del Personal	Categoría	Área de Trabajo	Está con síntomas de enfermedad o lesión?	Se ha usado correctamente el equipo de protección personal?	Temperatura corporal a 35°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Falta y Adiantos	¿Trabaja en esta estación?	Firma del funcionario	
15/07/20	Camila Gómez	Odentóloga	Asistencial	No	Si	36.2	No	No	No	No	No	Camila Gómez	
15/07/20	Mariano Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	Si	Si	36.5	No	No	No	Si	No	Horacio N	
15/07/20	Ruth Baqueró	Jefe. Enfermería	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Ruth	
15/07/20	Yaelines Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	Yaelines	
15/07/20	Paola Galindo	Jefe. Enfermería	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	Paola G	
15/07/20	Dina Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Dina Villalobos	
15/07/20	Gracia Gallo	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	Gracia Gallo	
15/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Jenny Gutierrez	
15/07/20	Liliana Chacon	Bacteriología	Asistencial	No	No	35.7	Si	No	No	No	No	Liliana	
15/07/20	Mery Romero	Aux. Enfe.	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Mery Romero	
15/07/20	Jennifer Chingaité	Aux. Admon	Admon	No	No	36.6	No	No	No	No	No	Jennifer Chingaité	
15/07/20	Alexandra Pina	Aux. Laboratorio	Asistencia	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Alexandra Pina	
15/07/20	Miguel Reina	Inj. Soporte	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Miguel Reina	
15/07/20	Daniela Carrero	Aux. Calidad	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Daniela Carrero	
15/07/20	Sandra Perálbica	Prof. Calidad	Admon	Si	Si	36.7	No	No	Si	Si	No	Sandra Perálbica	
15/07/20	Aura Lombardi	Aux. S.S.T	Admon	No	No	36.1	No	No	No	No	No	Aura Lombardi	
15/07/20	Maria José Bonilla	Aux. T.H	Admon	No	No	36.2	No	No	Si	No	No	Maria José Bonilla	
15/07/20	Sebastian Falla	Aux. Facturación	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Sebastian Falla	
15/07/20	Vicki Navarro	Aux. Facturación	Admon	No	No	36	No	No	No	No	No	Vicki Navarro	
15/07/20	Laura Pinto	Aprendiz Serv	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Laura Pinto	
15/07/20	Karen Meib	Jefe. Tabla	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Karen Meib	
15/07/20	Jessica Cañón	Aux. Admon	Admon	No	No	36	No	No	No	No	No	Jessica Cañón	
15/07/20	Juan Camilo P	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo P	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIRMAS Página 2 de 2 1 DE 1	
Fecha	Nombre del Personal	Categoría	Área de Trabajo	Está con síntomas de enfermedad o lesión?	Se ha usado correctamente el equipo de protección personal?	Temperatura corporal a 35°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Falta y Adiantos	¿Trabaja en esta estación?	Firma del funcionario	
14/07/20	Sandra Perálbica	Prof. Calidad	Admon	Si	No	36.5	No	No	Si	No	No	Sandra Perálbica	
14/07/20	Daniela Carrero	Aux. Calidad	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Daniela Carrero	
14/07/20	Solaida Unzueta	Coord. Sede	Admon	Si	No	36.1	No	No	No	No	No	Solaida Unzueta	
14/07/20	Jessica Casan	Aux. Admon	Admon	No	No	36	No	No	No	No	No	Jessica Casan	
14/07/20	Aura Lombardi	Aux. S.S.T	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Aura Lombardi	
14/07/20	Maria José Bonilla	Aux. T.H	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Maria José Bonilla	
14/07/20	Sebastian Falla	Aux. Facturación	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Sebastian Falla	
14/07/20	Vicki Navarro	Aux. Facturación	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Vicki Navarro	
14/07/20	Karen Melo	Jefe. Tabla H.	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Karen Melo	
14/07/20	Laura Pinto	Aprendiz Serv	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Laura Pinto	
14/07/20	Juan Camilo Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo Puentes	
14/07/20	Admille Saboga	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Admille Saboga	
14/07/20	Rafael Barreto	Medico Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Rafael Barreto	
14/07/20	Omar Avila	Medico Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Omar Avila	
14/07/20	Camila Gómez	Odentóloga	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Camila Gómez	
15/07/20	Yuli Beltran	Aux. Admon	Admon	No	Si	36.5	No	No	No	Si	No	Yuli Beltran	
15/07/20	Aura Poca	Aux. Admon	Admon	Si	Si	36.1	Si	No	Si	Si	No	Aura Poca	
15/07/20	Jovana Corobbo	Medico	Asistencial	Si	No	36.5	No	No	No	No	No	Jovana Corobbo	
15/07/20	Blanca Carvajal	Aux. Enfermería	Asistencial	Si	No	36.8	No	No	No	Si	No	Blanca Carvajal	
15/07/20	Gina Arango	Medico	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Gina Arango	
15/07/20	Cesar Guerrero	Medico Familiar	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	Cesar Guerrero	
15/07/20	Lu Sanchez	Higienista	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Lu Sanchez	
15/07/20	Marcela Morales	Aux. Odontología	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	Marcela Morales	

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 08000970303



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN BIENESTAR ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre del Trabajador	Cargo	Departamento	¿Puede continuar trabajando en condiciones de bioseguridad?	¿Puede continuar trabajando en condiciones de bioseguridad?	Temperatura	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitiditis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en este edificio?	Firma del Encuestado
13/07/20	Marica Laya Bonilla	Aux. Tolpato H.	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Karen Melo	Jefe. Kalento H.	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Laura Pinto	Aprendiz Serv	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Juan Camilo Puentes	Médico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/07/20	Yamile Salazar	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/07/20	Flor Alba Castro	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/07/20	Patricia Camargo	Ambiental Asist	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/07/20	Yuli Beltran	Aux Admon	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Diego Baranegra	Aux Admon	Admon	SI	No	36.5	SI	No	SI	No	No	[Firma]
14/07/20	Aura Roa	Aux Admon	Admon	No	No	36	No	No	SI	No	No	[Firma]
14/07/20	Blanca Carraval	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.7	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Luz Dany Ramirez	Aux. Ambient. P.	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Darwin Gomez	Médico	Asistencial	SI	No	36.2	No	No	No	No	SI	[Firma]
14/07/20	Yuly Rojas	Médico	Asistencial	No	No	36.3	No	No	SI	No	SI	[Firma]
14/07/20	Thovanna Cordeiro	Médico	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencial	No	No	35.8	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Angelica Latorraca	Médico	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Luz Melly Sanchez	Higienista	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Ruth Paquero	Jefe. Enfermera	Asistencial	SI	SI	36.1	No	No	SI	No	No	[Firma]
14/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.1	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Dina Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Liliana Charcon	Biología	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No	No	[Firma]
14/07/20	Miguel Reina	Ing. Sistemas	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN BIENESTAR ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre del Trabajador	Cargo	Departamento	¿Puede continuar trabajando en condiciones de bioseguridad?	¿Puede continuar trabajando en condiciones de bioseguridad?	Temperatura	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitiditis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en este edificio?	Firma del Encuestado
13/07/20	Aura Roa	Aux. Admon	Admon	SI	No	36.2	No	No	SI	No	No	[Firma]
13/07/20	Blanca Carraval	Aux. Enfermera	Asistencial	SI	No	36	No	No	SI	No	No	[Firma]
13/07/20	Darwin Gomez	Médico	Asistencial	SI	No	36.2	SI	No	No	No	SI	[Firma]
13/07/20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Camila Gomez	Odontóloga	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Marcela Mariche	Aux. Odontóloga	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Mario Navarro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Ruth Paquero	Jefe. Enfermera	Asistencial	No	SI	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Patricia Galindo	Jefe. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Dina Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Greiva Teller	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Liliana Charcon	Biología	Asistencial	No	No	35.7	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Mery Romero	Aux. Laboratorio	Asistencial	No	No	36	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Alexandra Parra	Aux. Laboratorio	Asistencial	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Miguel Reina	Ing. Soporte	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Daniela Canario	Aux. Calidad	Admon	No	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Sandra Paratiza	Profe. Calidad	Admon	SI	No	36.6	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Solestad Linares	Jefe. Gpe.	Admon	SI	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Aura Lombardo	Anal. S.S.T	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]
13/07/20	Sebastian Talla	Aux. Facturación	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Línea Control Nacional: 0800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o anticépticos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para ser reportado por el caso	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra actividad?	Firma del Asociado	
10/07/20	Ruth Baquero	jefe enferm	Asistencia	no	si	36.4	no	no	no	no	no	Ruth	
10/07/20	Maly Romero	Aux. Labora	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	Maly Romero	
10/07/20	Katherine Ching	Aux. Admin	Admin	no	no	36.8	no	no	no	no	no	Katherine	
10/07/20	Alexandra Ruiz	Aux. labora	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	Alexandra	
10/07/20	Liliana Chacon	laboradora	Asistencia	no	no	36.9	no	no	no	no	no	Liliana	
10/07/20	Daniela Carrero	Aux. calidad	Admin	no	no	36	no	no	no	no	no	Daniela	
10/07/20	Soledad Linares	jefe enfer	Admin	no	no	36.4	no	no	no	no	no	Soledad	
10/07/20	Alia Londono	analista sal	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	Alia	
10/07/20	Diego Barone	Aux. Admin	Admin	si	no	36.4	si	no	si	si	no	Diego Barone	
10/07/20	Victor Navarro	anal. factur	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	Victor	
10/07/20	Sebastian Falla	AUX fact.	Admin	no	no	36.9	no	no	no	no	no	Sebastian	
10/07/20	Kevin Melo	jefe Admin	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	Kevin	
10/07/20	Lucia Pinto	Aprendiz Serv	Admin	no	no	36.4	no	no	no	no	no	Lucia	
10/07/20	Maria Bonilla	asistente th	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	Maria	
10/07/20	Jessica Rincon	Asistente Adm	Admin	no	no	36.6	no	no	no	no	no	Jessica	
20/07/20	Juan Camilo Renteria	Mexico general	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo	
20/07/20	Yamile Salgado	Mexico general	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile	
20/07/20	Florencia Castro	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Florencia	
20/07/20	Fátima Camargo	Ambiente físico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Fátima	
23/07/20	Windy Gaitan	Aux. Empresa	Asistencia	No	No	36	No	No	No	No	No	Windy	
13/07/20	Diego Baranaga	Aux. Admin	Admin	Si	No	36	si	No	Si	Si	No	Diego Baranaga	
13/07/20	Yuli Beltran	Aux Admin	Admin	No	No	35.9	No	No	No	No	No	Yuli	
13/07/20	Jose Romero	Psicologo	Admin	Si	No	36.5	No	NO	Si	No	No	Jose	

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o anticépticos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para ser reportado por el caso	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra actividad?	Firma del Asociado	
11/07/20	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza	
12/07/20	OLINDA MUELLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda	
13/07/20	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana	
15/07/20	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	Diego B	
15/07/20	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan	
15/07/20	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Marian	
15/07/20	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea	
18/07/20	ALEXANDRA CARRERAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra	
13/07/20	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.	
13/07/20	JAVIER MESA	RESEÑE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER	
13/07/20	SOMIA BARRONJUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SOMIA B	
13/07/20	EUGENIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Eugenia	

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FGA003 Versión: 11 06-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o esteroides?	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra actividad?	Firma del funcionario
14/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	EDGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA DENTAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	JAVIER HERRERA	RECEPCION FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	SOMIA BARRONQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/7/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FGA003 Versión: 11 06-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o esteroides?	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra actividad?	Firma del funcionario
15/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	EDGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA DENTAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	JAVIER HERRERA	RECEPCION FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	SOMIA BARRONQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	EUGALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Corrala Nacional: 01800019030

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FICHA 003 Versión: 1 06-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Descripción	Está concurrentemente realizando trabajos en infraestructuras o acondicionamiento	Ha tenido contacto directo con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Mínimo 2 con 2 o más variables que aparezcan)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringología	Fatiga y Adinamia			
15/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/7/2020	GUINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Verificación
16/7/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/7/2020	MIRIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Cardenas
16/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
16/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
16/7/2020	SOMIA BOROQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SOMIA B.
16/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FICHA 003 Versión: 1 06-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Descripción	Está concurrentemente realizando trabajos en infraestructuras o acondicionamiento	Ha tenido contacto directo con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Mínimo 2 con 2 o más variables que aparezcan)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringología	Fatiga y Adinamia			
17/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/7/2020	GUINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Verificación
17/7/2020	DEIGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/7/2020	MIRIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Cardenas
17/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Z.
17/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
17/7/2020	SOMIA BOROQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SOMIA B.
17/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudalia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: atencionalpublica@sunat.gob.pe
 Línea Gratuita Nacional: 0 800 091 0303
VIGILADO



6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo regularmente medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con una persona enferma o con un caso confirmado por ser positivo al PCR	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Falpa y Adansia	Trabaja en una oficina?	Firma del trabajador
2020-07-10	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-10	ROSEL MATEA VELASQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-10	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-10	JOSÉ ROBERTO MELA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-10	ROSELY CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-11	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSEL MATEA VELASQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	JOSÉ ROBERTO MELA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSELY CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-11	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSEL MATEA VELASQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	JOSÉ ROBERTO MELA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSELY CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-11	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSEL MATEA VELASQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	JOSÉ ROBERTO MELA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSELY CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-11	MARITZA DIAZ	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSEL MATEA VELASQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

2020-07-11	JOSÉ ROBERTO MELA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSELY CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-11	ROSEL MATEA VELASQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	JOSÉ ROBERTO MELA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-11	ROSELY CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-07-11	MARITZA DIAZ	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.2.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

Jersalud												FIGAA-003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
06-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
07-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO		
08-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO		
09-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO		
10-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO		
13-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO		
14-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO		
15-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO		
16-07-20	Liliana Pardo	A. Enf	Linea Fronte	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO		

Jersalud												FIGAA-003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
06-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO		
07-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
08-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO		
09-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
10-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO		
13-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
14-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO		
15-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO		
16-07-20	Sandra Pardo	Enf	PPP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333
VIGILADO



6.2.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICGAA003 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?	
13/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/07/2020	Imna Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICGAA003 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?	
14/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/07/2020	Imna Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICGAA003 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?	
15/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/07/2020	Imna Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICGAA003 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?	
16/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/2020	Imna Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/07/2020	Haidivy Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta 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

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Esta correctamente informado de los riesgos y/o procedimientos de bioseguridad?	¿He leído cuidadosamente con esta información para entenderla por favor concéntrese?	Verificar si tiene (X) en las variables que aplican						Firma de Responsable
						Fecha última mayor a 30 D.	Yes	Disculpa Respuesta	Ocupado	Falta y Absencia	¿Trabaja en una oficina?	
11-07-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
11-07-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
11-07-20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
11-07-20	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11-07-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Esta correctamente informado de los riesgos y/o procedimientos de bioseguridad?	¿He leído cuidadosamente con esta información para entenderla por favor concéntrese?	Verificar si tiene (X) en las variables que aplican						Firma de Responsable
						Fecha última mayor a 30 D.	Yes	Disculpa Respuesta	Ocupado	Falta y Absencia	¿Trabaja en una oficina?	
13-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	
13-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
13-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
13-07-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
13-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial									
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
13-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial									
13-07	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial									
13-07	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
13-07	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
13-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 0180001910303
VIGILADO



Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿El trabajador cumple con los requisitos de bioseguridad?	¿No ha sido portador de la enfermedad en los últimos 14 días por motivo de contacto?	Temperatura axilar < 38°C	Tos	Dolor Respiratorio	Ortopnea	Fatiga y Adinamia	Prueba de serología	Prueba de serología
15-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Henry Darío Uva	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Humberto Guillermo Peñaranda Caba	Médico general	Asistencial	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Yurley Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Ivan Darío Hernández	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Ulilbeth Cruz	Pediatra	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Sneyder Ebanotas Solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Sandra Ingleledo	Odontología	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Jenny Johana Hincón Hincón	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Yoris Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Entrada

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	¿El trabajador cumple con los requisitos de bioseguridad?	¿No ha sido portador de la enfermedad en los últimos 14 días por motivo de contacto?	Temperatura axilar < 38°C	Tos	Dolor Respiratorio	Ortopnea	Fatiga y Adinamia	Prueba de serología	Prueba de serología
15-07-16	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07-20	Henry Darío Uva	Médico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07-20	Humberto Guillermo Peñaranda Caba	Médico general	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Yurley Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Ivan Darío Hernández	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Ulilbeth Cruz	Pediatra	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Sneyder Ebanotas Solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Sandra Ingleledo	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Jenny Johana Hincón Hincón	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Yoris Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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



Jersalud | FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES | FIGAS003 Versión 2 04-20 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	VERIFICACIÓN DIARIA DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES									
				¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión?	¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión por causa ocupacional?	Frecuencia mayor a 30°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de cabeza	Fatiga y cansancio	¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión por causa ocupacional?	¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión por causa ocupacional?	
14-07-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Kelly Vanessa Ruli Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SP
14-07-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	45.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
14-07-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Lilibeeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
14-07-20	Sandra Izquierdo	Odonatologia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ACC
14-07-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Forz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud | FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES | FIGAS003 Versión 2 04-20 1 DE 1 | Ingresar

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	VERIFICACIÓN DIARIA DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES									
				¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión?	¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión por causa ocupacional?	Frecuencia mayor a 30°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de cabeza	Fatiga y cansancio	¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión por causa ocupacional?	¿El trabajador presenta síntomas de enfermedad o lesión por causa ocupacional?	
14-07-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Kelly Vanessa Ruli Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial										
	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
14-07-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Lilibeeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
14-07-20	Sandra Izquierdo	Odonatologia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
14-07-20	Forz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



salud

Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Esta conformidad: medicamentos, dispositivos o accesorios	El tiempo correcto: el tiempo con caso confirmado para enfermedades por riesgo ocupacional	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorosidad	Fatiga y Adormilamiento	Trabaja en área crítica	Primo del trabajador
		Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial										
10-07-20		Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
10-07-20		Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial		NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	AD.
10-07-20		Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial		NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Wagner
		Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial										
		Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial										
		Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial										
		Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial										
		Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
		Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
		Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
10-07-20		Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
10-07-20		Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
		Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial										
10-07-20		Milbany Carolina Sarmento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial		NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	AD
10-07-20		Maria Hatalla Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	AD
10-07-20		Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial		NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
10-07-20		Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Henry Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo										
		Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial										

Fecha		Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Esta conformidad: medicamentos, dispositivos o accesorios	El tiempo correcto: el tiempo con caso confirmado para enfermedades por riesgo ocupacional	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorosidad	Fatiga y Adormilamiento	Trabaja en área crítica	Primo del trabajador
10-07-20		Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial		NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
10-07-20		Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial		NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial		NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial		NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial		NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial										
		Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
		Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
10-07-20		Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial		NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
10-07-20		Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial		NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
10-07-20		Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
		Milbany Carolina Sarmento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
10-07-20		Maria Hatalla Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial		NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial		NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo		NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo		NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo		NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	ADH
10-07-20		Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	ADH

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está con síntomas de fiebre, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga y adenopatía?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en área crítica?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adenopatía		
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo									
11.07.20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	MD
11.07.20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	MD
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial									
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial									
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial									
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial									
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
11.07.20	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	MD
11.07.20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Ulizabeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
11.07.20	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
11.07.20	Maria Hatalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
11.07.20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	AMT
11.07.20	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
11.07.20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial									

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está con síntomas de fiebre, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga y adenopatía?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en área crítica?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adenopatía		
11.07.20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo									
11.07.20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	MD
11.07.20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	MD
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial									
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial									
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial									
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial									
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Ulizabeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
11.07.20	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
11.07.20	Maria Hatalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11.07.20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	AMT
11.07.20	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
11.07.20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Corredor Nacional: 018000910303
VIGILADO



visitantes

Fecha		Nombre y Apellido del Trabajador		Evaluación de síntomas		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos	
15-07		Decid Perez		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Juan Perez		NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Maria Lopez		NO	NO	37.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Bianca Moreno		NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Marco Morales		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Luz Beth Granados		NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Jhon Merdel		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Ana Maria Ojeda		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Daniel Ojeda		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Gloria Castro		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Jose Silva		NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Ana Mercedes		NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Marta Mesa		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Discolmed, Medisales

Fecha		Nombre y Apellido del Trabajador		Evaluación de síntomas		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos		Evaluación de signos	
15-07		Paola Herrera		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Jimena Barrios		NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Carlos Rey		NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Maria Noyles		NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Katrina Hurtado		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Luz Rincon		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Adriana Comedat		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Marta Luzano		NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Johanna Barrios		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Acha Rivera		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Judi Chaparro		NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07		Dorelia		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303

Medisalud

Jersalud		FORMULARIO No. 001-VIGILANCIA LABORAL ESTADÍSTICA DE CASOS DE CASOS DE INFECCIONES										Fecha Versión 1 may 20 1 DE 1				
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Edad	Sexo	Grupos de riesgo	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición
09-07-20	Diana Dorte			NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-07-20	Maria Nagles			NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-07-20	Paola Barrera			NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10-07-20	Francisca Lozano			NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11-07-20	Adriana Conedax			NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13-07-20	Maria Lozano			NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15-07-20	Sandra Jarama			NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07	Judith Herrera			NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Maria Nagles			NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Juz Pinzon			NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Carlos Rey			NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Adriana Conedax			NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14-07-20	Maria Lozano			NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Medisalud

Jersalud		FORMULARIO No. 001-VIGILANCIA LABORAL ESTADÍSTICA DE CASOS DE CASOS DE INFECCIONES										Fecha Versión 1 may 20 1 DE 1				
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Edad	Sexo	Grupos de riesgo	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición	Exposición
16-07-20	Jimena Ibañez			NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Paola Herrera			NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Maria Nagles			NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Natalia Hurtado			NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Carlos Rey			NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Adriana Conedax			NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Juz Pinzon			NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16-07-20	Maria Lozano			NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



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

REPORTES SINTOMATOLOGIA COVID-19 JERSALUD S.A.S											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:31:43	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:33:00	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:33:40	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:34:54	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:18:21	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:19:05	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:19:31	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:19:37	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:02:59	CC	1049634115	MATEUS	LOPEZ	JENIFER		BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:06:23	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:08:15	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:14:24	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 06:43:10	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 06:50:31	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 06:54:03	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:25:48	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:42:28	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:44:09	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:45:21	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:58:45	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:35:13	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:37:39	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:41:00	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:43:10	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	10/07/2020 06:34:36	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:12:23	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:17:11	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:20:54	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:15:29	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO



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



COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:18:57	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:30:04	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:30:05	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:06:32	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:01:51	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:01:56	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:09:13	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 04:54:49	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:26:26	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 12:42:44	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:07:50	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:24:08	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:37:24	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:40:36	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:52:56	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:28:03	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:33:13	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/07/2020 06:31:40	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/07/2020 06:38:36	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:53:08	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:53:58	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAI DIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:54:42	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:56:18	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:11:38	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:17:05	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:22:18	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 13:22:45	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 06:57:38	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:49:58	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 15:33:25	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 15:43:11	CC	1233493768	CASTRO	GUERRERO	JENNIFER	CATALINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:10:01	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 11:32:10	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 11:34:32	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 06:07:52	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:53:30	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0180001910333
 Línea Corrala Bogotá: 0180001910333



“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 Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 08:58:13	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 14:51:15	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 15:07:36	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 12:21:28	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 12:36:37	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 12:41:03	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:13:29	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:19:51	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:20:15	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:21:14	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 19:23:39	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:33:43	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:34:47	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:34:48	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:35:55	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/07/2020 18:07:06	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 18:08:05	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 18:23:12	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 12:49:50	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:05:12	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 16:42:32	CC	93136734	SANCHEZ	PERDOMO	MILTON	ANDRES	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 17:06:31	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 10:12:55	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 07:48:02	CC	105338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:42:17	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 20:52:03	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	11/07/2020 10:58:57	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:23:50	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/07/2020 09:01:22	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 09:05:23	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 09:12:18	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 14:02:02	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:52:51	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:55:32	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/07/2020 06:30:42	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 08:46:10	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000190382

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 Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 08:46:49	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/07/2020 08:57:56	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/07/2020 08:59:59	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/07/2020 17:56:06	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/07/2020 18:23:20	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 19:09:35	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/07/2020 22:45:43	CC	1233493768	CASTRO	GUERRERO	JENNIFER	CATALINA	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/07/2020 09:36:01	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 09:48:19	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 09:54:42	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/07/2020 11:53:56	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	10/07/2020 10:30:06	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 12:26:16	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	12/07/2020 12:55:03	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/07/2020 13:43:26	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 12:50:58	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 13:01:40	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/07/2020 18:55:28	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/07/2020 19:44:27	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	10/07/2020 15:15:39	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 08:27:37	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/07/2020 10:03:15	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:25:32	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 09:48:29	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/07/2020 15:28:44	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/07/2020 20:49:34	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:55:30	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:21:05	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:24:32	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 20:02:51	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 09:02:59	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/07/2020 10:34:02	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/07/2020 18:06:09	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/07/2020 18:28:05	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:42:47	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/07/2020 16:06:14	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 17:15:00	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 05:36:18	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:30:02	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/07/2020 08:51:41	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/07/2020 09:01:41	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:17:42	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:24:19	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/07/2020 10:35:53	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/07/2020 10:35:54	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	12/07/2020 11:03:39	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:48:15	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	10/07/2020 14:36:25	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	10/07/2020 14:37:25	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:15:02	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:15:32	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:27:10	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:30:27	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:31:57	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 10:04:30	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:16:58	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:21:41	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:22:23	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:16:48	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:59:22	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:01:02	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:02:51	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 11:21:46	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:37:26	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:39:02	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:49:06	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:50:42	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/07/2020 07:44:22	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 13:31:18	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/07/2020 13:37:04	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 13:38:38	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/07/2020 09:04:56	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038



"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 Julio**

MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 09:08:55	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 14:07:18	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
ECOPOSOS	JERSALUD SAS	13/07/2020 14:13:00	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:32:06	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 14:44:39	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 14:44:41	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 14:47:15	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/07/2020 11:38:09	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/07/2020 11:39:44	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 09:14:04	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 15:58:48	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/07/2020 11:54:57	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:05:05	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:54:21	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:54:21	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 10:07:01	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 17:32:15	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 17:35:04	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 17:37:03	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:43:47	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:45:08	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 19:00:21	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/07/2020 19:02:45	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOI EPS	JERSALUD SAS	12/07/2020 06:54:26	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 09:29:02	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 16:40:58	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 16:45:07	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:54:21	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:54:21	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:55:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:55:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:18:07	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:28:06	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTAS EPS-S	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:38:50	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTAS EPS-S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:58:46	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 13:39:07	CC	1118570378	CEDEI	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO



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



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 13:51:13	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:15:27	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:15:27	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 08:50:33	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 15:14:11	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 15:24:44	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:12:49	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:52:24	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:53:13	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:53:50	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:53:50	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 19:04:09	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/07/2020 19:11:03	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:12:20	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:12:57	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 14:19:02	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:06:18	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:06:18	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:06:24	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:51:06	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:55:50	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 12:57:24	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:03:15	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/07/2020 15:00:01	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/07/2020 15:26:13	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/07/2020 15:46:40	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:57:10	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:58:47	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:59:44	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:59:44	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:17:13	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/07/2020 17:05:39	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:28:33	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:28:37	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:35:50	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 15:06:15	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



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



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



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:40:49	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:41:02	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:44:23	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 18:22:36	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/07/2020 18:35:20	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:11:10	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:04:02	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/07/2020 07:52:46	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/07/2020 11:04:15	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:48:49	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 12:06:15	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:24:34	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 11:10:10	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 11:19:09	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 11:21:02	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:36:45	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:41:35	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:42:51	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:45:33	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:06:24	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:06:26	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:13:33	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 16:23:59	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:49:14	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:55:28	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:55:55	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:01:19	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:22:57	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:25:13	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:28:00	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:30:30	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:44:40	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:44:47	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 11:51:34	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/07/2020 11:55:17	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:21:11	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019038



"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 Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:22:45	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:23:19	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:30:41	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:55:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:55:44	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/07/2020 07:55:50	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:10:06	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:15:38	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/07/2020 12:45:27	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:02:03	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 22:15:23	CC	1233493768	CASTRO	GUERRERO	JENNIFER	CATALINA	META	VILLAVICENCIO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/07/2020 16:16:01	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:32:49	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:42:41	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:47:01	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 11:21:28	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/07/2020 18:41:14	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 18:46:42	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 19:03:27	CC	1121926326	TULIBILA	CARRASCAL	DEISY	PAOLA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 08:03:15	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/07/2020 16:10:07	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 16:14:29	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:23:43	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 16:26:45	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 16:35:59	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/07/2020 16:49:52	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:07:42	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:07:07	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:24:49	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:31:32	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 13:36:58	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:47:15	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:58:41	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:59:44	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:43:14	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:59:02	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:12:20	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:17:38	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:17:40	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 09:46:38	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 18:12:00	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:37:03	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:37:51	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:34:52	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/07/2020 14:36:04	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/07/2020 06:38:01	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:06:30	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:20:23	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 17:23:55	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:09:04	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:28:10	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:11:49	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:15:09	CC	23525208	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:54:50	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:59:29	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 12:11:57	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/07/2020 20:33:18	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 21:40:07	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 11:28:11	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/07/2020 10:02:35	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/07/2020 15:19:27	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:22:14	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:24:01	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:57:41	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:48:02	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:51:23	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:54:32	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:39:55	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:40:08	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:42:23	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 16:07:12	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:26:09	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:28:34	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:35:42	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:46:17	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:43:55	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:23:03	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:28:52	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:30:36	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:49:44	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:51:49	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:54:23	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 13:14:19	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 00:03:08	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:26:56	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:29:49	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/07/2020 12:41:44	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:07:52	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:11:31	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:38:16	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:40:56	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:46:08	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:57:01	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:02:19	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 18:33:02	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:41:43	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:42:32	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:43:28	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:47:54	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 13:17:39	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 13:20:47	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/07/2020 13:23:25	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 06:37:24	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:19:29	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 09:45:59	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 17:50:33	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 18:21:21	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:48:33	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	SI

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0180001910333

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 Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:51:10	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:12:42	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:16:41	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 07:57:00	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 08:02:40	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/07/2020 14:01:56	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/07/2020 06:35:39	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 11:14:25	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 20:13:12	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/07/2020 20:28:46	CC	1119894087	MORA	FRANCO	MORELIA	JINETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 08:37:16	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/07/2020 16:50:02	CC	1121926326	TULIBILA	CARRASCAL	DEISY	PAOLA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:23:00	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:23:56	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:27:13	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 17:14:48	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:41:26	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:46:30	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:46:56	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/07/2020 16:36:19	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:31:42	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:32:11	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:14:15	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 08:39:05	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 08:43:07	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 13:08:06	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 13:09:51	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 09:57:09	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:00:01	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:05:05	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:08:50	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:15:17	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:21:23	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:23:59	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:25:06	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 11:29:01	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

www.jersalud.com



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



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



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/07/2020 22:50:08	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 13:48:23	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:05:09	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/07/2020 06:44:44	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:26:59	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:28:06	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:40:04	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:51:20	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 05:52:36	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 08:50:44	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 15:22:33	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:17:33	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 11:48:13	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 11:54:28	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACIOP EPS	JERSALUD SAS	16/07/2020 12:15:05	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 05:40:58	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 09:46:25	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 09:52:39	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 17:34:15	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/07/2020 18:34:18	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 08:15:51	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 11:12:36	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/07/2020 10:16:07	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 08:03:07	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 11:38:14	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 11:46:44	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:29:27	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:32:57	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:41:36	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 10:48:01	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:51:58	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:53:17	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:55:34	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:41:40	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:47:24	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:49:49	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000190383

www.jersalud.com



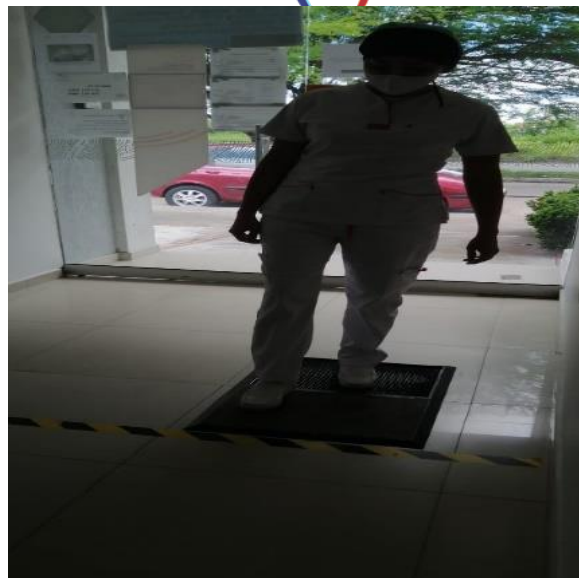
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 14:56:00	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 13:34:06	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 13:43:20	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 09:01:54	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/07/2020 16:37:24	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/07/2020 16:44:05	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/07/2020 16:46:17	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/07/2020 15:24:23	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 07:03:38	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 16:57:15	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 17:15:27	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/07/2020 15:03:25	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 15:29:53	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 15:29:59	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 15:33:01	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 17:35:38	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 17:44:28	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 17:58:28	CC	1052399313	BETANCUR	BECERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 18:18:51	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOIPI EPS	JERSALUD SAS	16/07/2020 18:48:36	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/07/2020 19:16:00	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/07/2020 19:19:59	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/07/2020 19:28:37	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO

6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad







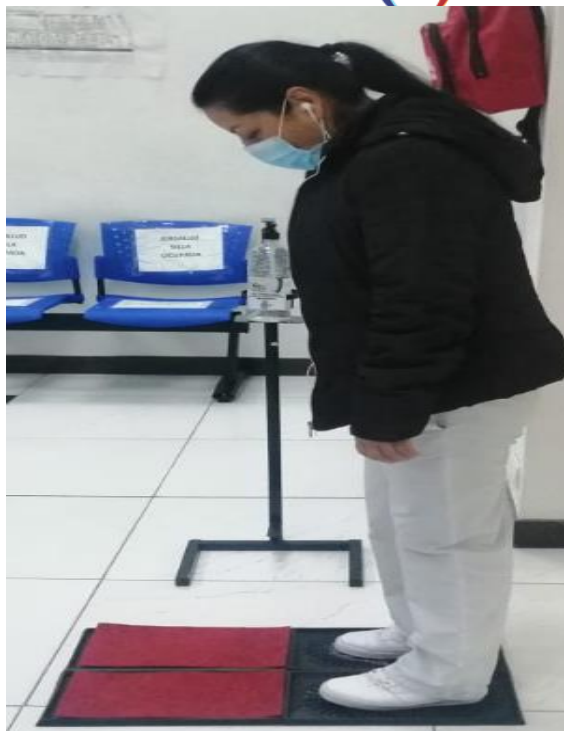
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910302

www.jersalud.com



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





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

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 16 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS DUITAMA	145	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 300 TALLA S 500	60	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	89	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M - 500	80	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	100	15	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	250	TALLA M - 400	150	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	230	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	210	TALLA M 800	50	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	80	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA S - 100	50	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA M 130	60	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA M 150	40	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA S - 120	60	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	1400	60	0	100	TALLA S = 2000 - TALLA M=1500	400	100	45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 16 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO								
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN								
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ								
4	JERSALUD SAS - GRANADA								
5	JERSALUD SAS - ACACIAS								

7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 16 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	150	4	1	85	15 M	25	39	5



7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

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

Página 1/1

FARMAQUIRUGICOS JM S.A.S

NIT: 900433437

ORDEN DE TRASLADO 0000000308

Datos Generales

Almacén Origen: 0002 - BOG FQX - ALMACEN INVENTARIO BOGOTA Fecha: 19/06/2020
Almacén Destino: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL T. Orden: Traslado
Nombre Tercero: Estado: Confirmado

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

Total Orden De Traslado : \$ 2.790.296

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

Almacén

Recibí



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta



Cotización

No. C-1-418

SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

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

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-16

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	7.00	29,500.00	206,500.00
2	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	28,500.00	142,500.00
3	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	28,500.00	142,500.00
4	EQ0642439	MICROPORE PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	12.00	5,200.00	62,400.00
5	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00

Total Bruto 558,700.00

Subtotal 558,700.00

Total a Pagar 558,700.00

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

null

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246





Cotización
No. C-1-419

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

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-16

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	10.00	28,500.00	285,000.00
2	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	30.00	28,500.00	855,000.00
3	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	Ver	1,000.00	450.00	450,000.00
4	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	Ver	100.00	270.00	27,000.00
5	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	1.00	29,500.00	29,500.00
6	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	Ver	5.00	9,500.00	47,500.00
7	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	Ver	15.00	4,101.44	73,211.00
8	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	Ver	100.00	820.00	82,000.00
9	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	Ver	100.00	820.00	82,000.00
10	EQUI-11354BBCK	APLICADORES CON ALGODÓN 1.000 X 100 BOLSA x 10	Ver	1.00	32,500.00	32,500.00

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

Total Bruto	1,952,022.00
Subtotal	1,952,022.00
IVA 19%	11,689.00
Total a Pagar	1,963,711.00

null

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246



8. 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 COMPAÑÍA 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: 960.811.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.
Bogotá: 336-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Mitobucjanda

www.jersalud.com



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



LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

D

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

Vie 12/06/2020 11:41

Para: Karen Melo

CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

Reciba un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.

Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
Ejecutivo integral de servicios
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
Celular: 3222503336

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>

https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg

10. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19



Analista SST - Aura Londoño

Mié 08/07/2020 17:06

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

CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

Aura Cristina Londoño Dueñas

Analista SST

Sucursal Villavicencio

Cel. 320 2775564

Correo: analistasst.meta@jersalud.com



Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

...

Responder | Responder a todos | Reenviar



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

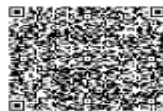


ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



12. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

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

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <piedad.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com <prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 7 MB	P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 1015 KB
------------------------------------	--

2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Mónica Salamanca R.
Profesional de Garantía de la Calidad.
Jersalud S.A.S Boyacá.



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario o quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y destruirlo de su sistema.



Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



Tunja
La Capital
que nos une

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

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

LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

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



mipg

NIT. 891800345 - 1

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



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

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

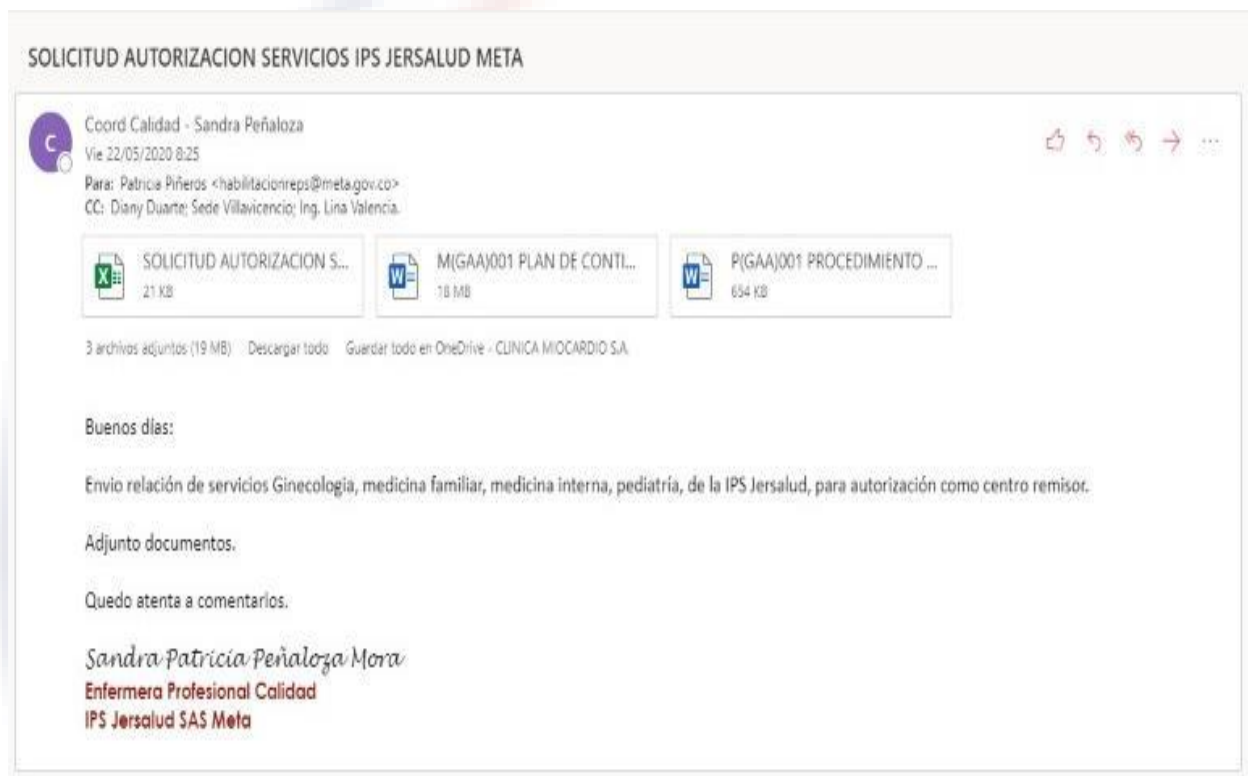
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

Sandra Patricia Peñaloza Mora
Enfermera Profesional Calidad
IPS Jersalud SAS Meta



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

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

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

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

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

^ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE

📎 8 ▼ 📧



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



202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB



Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB



23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

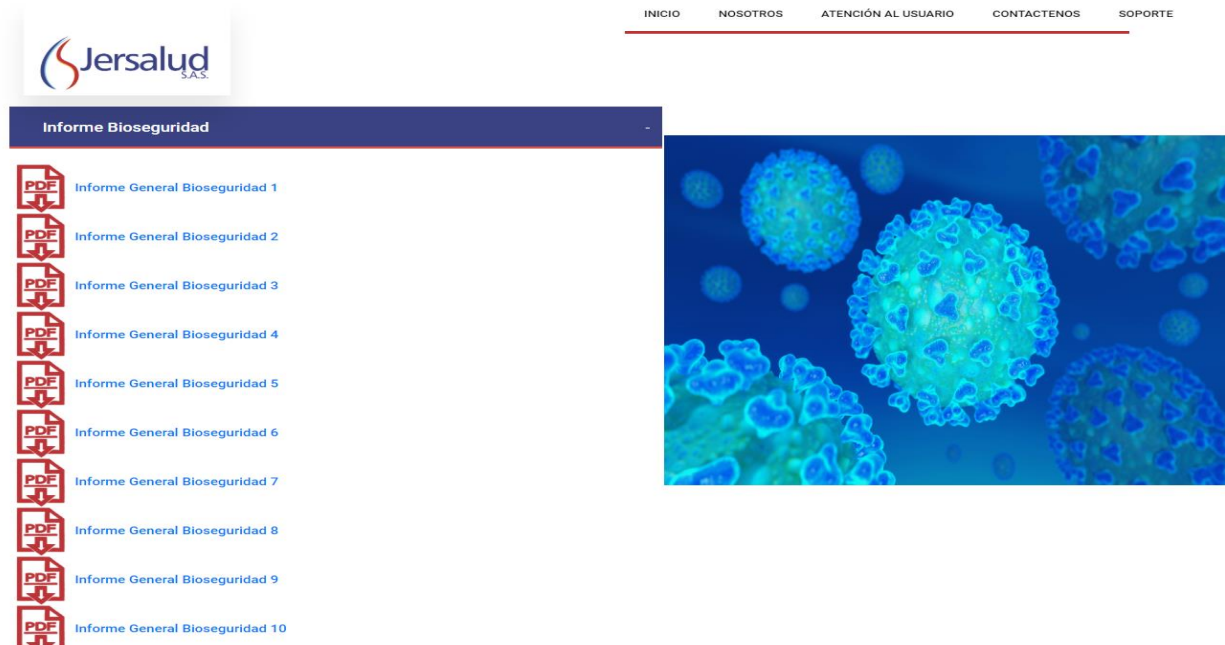


26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



13. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

12.1 Evidencia publicación en página Web



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>



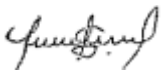

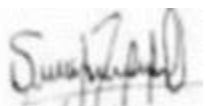



<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JUNIO.pdf>


<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20JULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20JULIO.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	