

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

**Del 16 al 19 de  
Junio 2020**



## 1. REUNION COPASST MAYO SEMANA 3 JUNIO 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 011 de Junio 2020 Semana 3

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

<b>ACTA N° 011 DE 2020</b> <b>REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST</b>			
<b>LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE</b>					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b> 18	<b>MM</b> 06	<b>AA</b> 2020	<b>HORA INICIO</b> 09:05 A.M.	<b>HORA FINALIZACION</b> 10:00A.M
	<b>MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO</b>				

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

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



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

### 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 #010 de junio de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

#### COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Enviar copia de informe de bioseguridad Ministerio de trabajo a asesor ARL Positiva	Analista SST Boyacá	12/06/2020	Jersalud Tunja	Correo soporte envío informe de bioseguridad	100%	
Adjuntar en informe semana 2 Junio 2020 soportes de registro fotográfico	Analistas SST Meta y Yopal	12/06/2020	Jersalud Casanare y Meta	Informe bioseguridad semana 2 de junio	100%	



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

protocolos de bioseguridad e inspecciones de seguridad						
Adjuntar en informe semana 2 Junio 2020 soporte de envío a secretaría de salud de plan de contingencia para COVID-19	Analistas SST Meta y Yopal	12/06/2020	Jersalud Casanare y Meta	Informe bioseguridad semana 2 de junio	100%	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID - 19	Asesor ARL Jefes administrativa y de talento humano	18/06/2020	Jersalud Nacional	Formato acta de reunión F (GC) 002 18/06/2020	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





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

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*

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

*SI*



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

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

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGUN CORRESPONDA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio). (Archivo de Excel Adjunto)	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 2
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 3
3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio). (Archivo de Excel Adjunto)	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 1
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X		Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 4
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X		Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 4
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X		Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 7
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X		Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 8
8	Se planean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X		Acta de COPASST semanal	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 1
9	Cuenta con diseño e implementación del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015	X		Certificación de la ARL del % de cumplimiento del SG-SST	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 9
10	Implementación de protocolos de Bioseguridad frente al Covid-19	X		Registro fotográficos Semanales	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 6
11	Aprobación de protocolos de Bioseguridad Covid-19 por entidad competente	X		Certificación de Secretaría de Salud	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 10
12	Seguimiento del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad por el COPASST	X		Inspecciones de seguridad y registro fotográfico semanal	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 5
13	Reunión semanal del COPASST	X		Acta de COPASST semanal	100	8%	Evidencia Informe semana 3 Junio 2020 Numeral 1
<b>TOTAL</b>					<b>1300</b>	<b>100%</b>	



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


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

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Gestión para tamizaje toma de muestra personal de salud COVID-19		Asesor ARL	30/06/2020

4.5 Se sigue en proceso de espera para realizar tamizaje pruebas COVID-19 a personal de salud por parte de ARL Positiva

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

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Enviar correo a Ministerio de trabajo Casanare para aclarar especificaciones de envío de informe	Analista SST Boyacá	18/06/2020	Jersalud Tunja	Correo de envío	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/06/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	

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


6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		


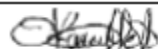

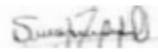

Es opcional el anexo del listado de asistencia (F(GI)012 Formato de registro de Asistencia) este será equivalente a la firma de los participantes.



**1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Junio Semana 3**  
**1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá**

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

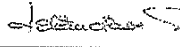
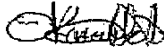
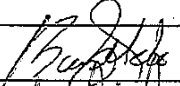
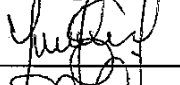
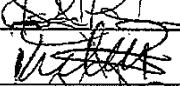

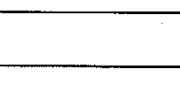
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 011 de 2020					
FECHA: 18/06/2020		HORA DE INICIO: 09:05 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen 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(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 011 de 2020					
FECHA: 18/06/2020		HORA DE INICIO: 09:05 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					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
 VIGILADO




**1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva**

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 011 de 2020			
FECHA: 18/06/2020	HORA DE INICIO: 09:05 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

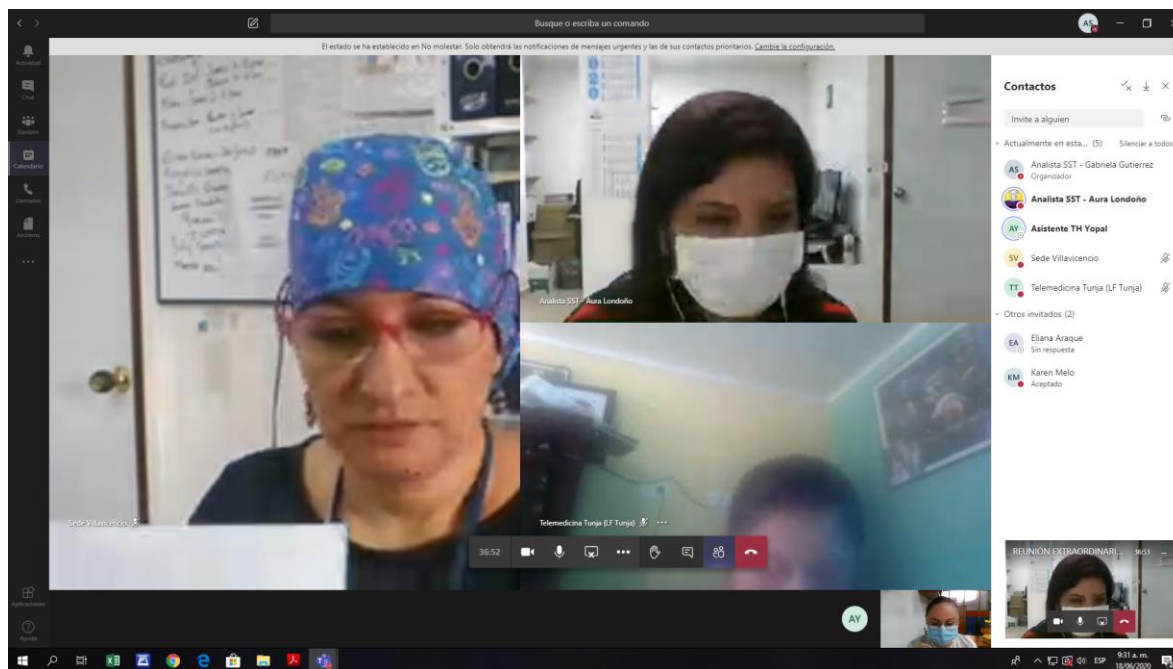
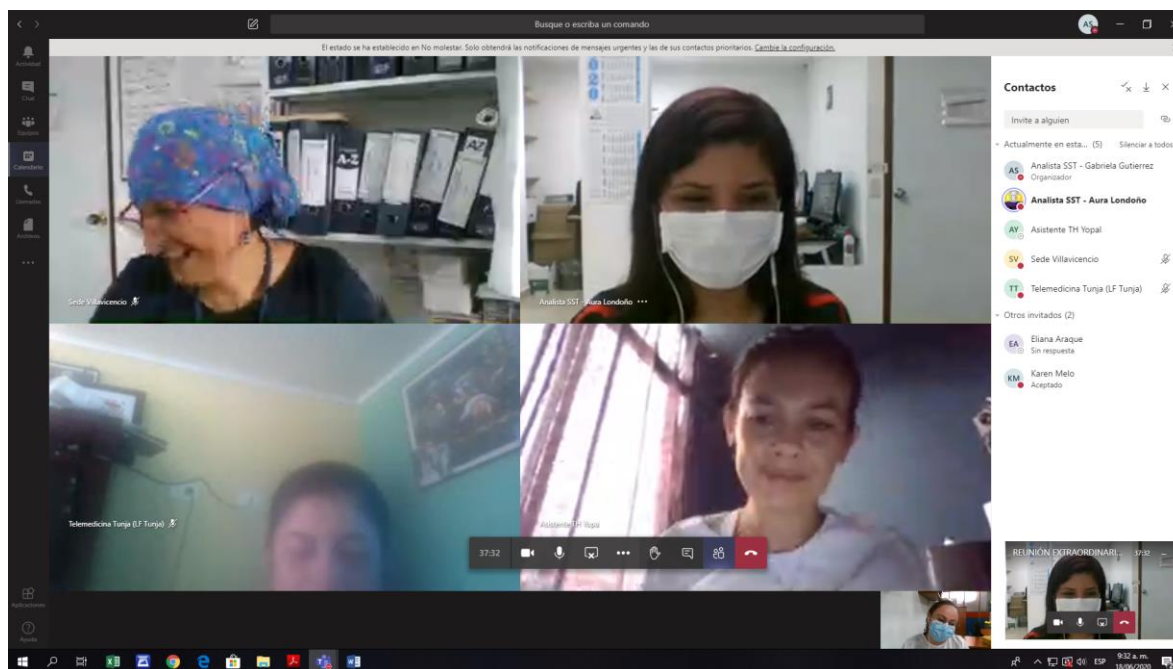
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	52331638	Diana Vivian Daza	Ejecutivo integral de servicio	ARL Positiva	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Oficina General de Asesoría Jurídica, 15 de Julio de 2020.





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Junio**  
**1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST**



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

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



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



## 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 Junio**



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



## 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	1121925326	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 YÓJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVUJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GARZON RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVUJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA





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



## 2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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





### 3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

#### Telas Desechables

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

#### Usos

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



#### Colores Disponibles en telas Desechables

#### Ficha Técnica

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

#### Polipropileno

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

#### Resistencia Química

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



## Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

### GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA	 GUILLERMO ESTEBAN TORRES

Copia Controlada

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 018000910302

www.jersalud.com



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







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

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


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

Copia Controlada



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



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

### FICHA TÉCNICA



#### 1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

#### 2. Identificación y empaque:

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





# 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
- ✓ Impermeable, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de material extraño, rebobos y aristas cortantes.
- ✓ Aséptico, hiperalérgico, atóxico.

**CARACTERISTICAS**

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

**INDICACIONES**

- ✓ Para realizar exámenes, procedimientos médicos y limpieza de pañales.
- ✓ Cansé 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
- ✓ Póreo 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		
		Socamanga: 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



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

#### 3.2.1 Cotizaciones de compra Regional Boyacá

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	30.00	29,000.00	870,000.00
2	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	<a href="#">Ver</a>	90.00	1,860.00	199,206.00
3	52432	ESPECULO DESECHABLE PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	<a href="#">Ver</a>	13.00	7,200.00	111,384.00
4	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	<a href="#">Ver</a>	11.00	7,100.00	92,939.00
5	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	15.00	950.00	14,250.00
6	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	5.00	20,000.00	100,000.00
7	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	110.00	4,200.00	462,000.00
8	435TDFAS	ROXICAINA JALEA UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	7.00	9,500.00	66,500.00
9	EQUI-201120118	ROXICAINA 2% SIMPLE S/EPINEFRINA FCO X 50 ML ROPSHON	<a href="#">Ver</a>	12.00	12,900.00	154,800.00
10	E-040524	TOALLAS DE ALGODON IMPREGNADO CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 100 MEDICAL SUPPLIES	<a href="#">Ver</a>	9.00	7,983.20	71,849.00
11	EQRJC3LT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	5.00	2,750.00	16,363.00
12	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	900.00	215.00	193,500.00
13	EQ0642439	MICROPOR PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	<a href="#">Ver</a>	2.00	5,100.00	10,200.00
14	CINTAMETRICA0B	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	13.00	2,200.00	28,600.00
15	CINTAMETRICA0B	CINTA METRICA OBSTETRICA PARA KRAMER ADULTO 50 CM	<a href="#">Ver</a>	1.00	7,000.00	7,000.00
16	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	4.00	45,000.00	180,000.00
17	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	690.00	7,700.00	5,313,000.00
<b>Total Bruto</b>						7,824,549.00
<b>Subtotal</b>						7,824,549.00



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

**Para** JERSALUD SAS BOYACA  
**Nit** 900.622.551-0  
**Fecha** 2020-06-12

**Cotización**  
No. C-1-387

ELABORADA POR SIGO S.A.S. NIT 830 048 145-8







NIT: 900.669.318-3

PAPELERIA

ASEO

CAFETERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

MEDICO-QUIRURGICA

COTIZACIÓN DP: 07-102

18 de Junio de 2020

Señores

**JERSALUD S.A.S. (TUNJA)**

Departamento de Compras

La ciudad

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

### COTIZACIÓN

DESCRIPCIÓN / ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ALCOHOL – GALON X 3.800 CC	4	\$ 36.000	\$ 144.000
APLICADORES EN MADERA CON ALGODÓN PQ X 1000 UNDS	1	\$ 26.750	\$ 26.750
ASEPSIDINA (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	18	NO DISP	NO DISP
ASEPSIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	18	NO DISP	NO DISP
BATAS MANGA LARGA PQ X 10 UNDS	69	\$ 78.500	\$ 5.416.500
CINTA MÉTRICA OBSTÉTRICA (ALTURA UTERINA) DE 50 CM	2	\$ 4.334	\$ 8.668
CONOS PARA OTOSCOPIO PQ X 34 UNDS ADULTO O PEDIÁTRICO	11	\$ 7.375	\$ 81.125
CONOS PARA OTOSCOPIO PQ X 34 UNDS ADULTO O PEDIÁTRICO	13	\$ 7.375	\$ 95.875
ENZIGER GALON	2	NO DISP	NO DISP
BONZIMER GALÓN X 3800 CC ( PARA LAVADO Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS)	2	\$	
GUANTES LATEX TALLA M***	2200	NO DISP	NO DISP
GUANTES LATEX CON POLVO TALLA S PACA X 10 CAJAS ***	10	\$ 270.000	\$ 2.700.000
GUANTES TALLA S***	300	NO DISP	NO DISP
GUARDIAN 2,9 LT REDONDO	5	\$ 3.672	\$ 18.360
TOALLITA DE ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 200 UNDS (ISOPAÑIN)***	5	\$ 47.045	\$ 235.225

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 [www.distribuidoraproyectar.com](http://www.distribuidoraproyectar.com) BOGOTA D.C.

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





PAPELERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

ASEO

MEDICO-QUIRURGICA

CAFETERIA

NIT: 900.669.318-3

JERINGA DES. 5 CC (TRES PARTES) CAJA X 100 UNDS ***	3	\$ 31.050	\$ 93.150
SUPERKIT PARA TOMA DE CITOLOGIA UNDS	90	\$ 2.965	\$ 266.850
LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	12	NO DISP	NO DISP
LIDOCAINA EN JALEA AL 2%	7	NO DISP	NO DISP
ESPARADRAPO MICROPORE DE 2" X 10 YARDAS, COLOR PIEL CAJA POR 6 ROLLOS ***	1	\$ 30.686	\$ 30.686
SÁBANAS PARA CAMILLA PQ X 10 UNDS ***	11	\$ 33.800	\$ 371.800
SOLUCION ESTERIL X 100 CM	13	NO DISP	NO DISP
TAPABOCAS CONVENCIONAL TERMOSELLADO EN EXTREMOS (VERDE) CAJA X 50 UNDS FAB. NAL. ***	50	\$ 65.000	\$ 3.250.000
TAPABOCAS CONVENCIONAL COSIDO (AZUL) CAJA X 50 UNDS FAB. NAL. ***	50	\$ 48.000	\$ 2.400.000
TAPABOCAS N 95 PQ X 20 UNDS FAB. NAL. ***	1	\$ 95.000	\$ 95.000

**ADICIONAR IVA A LOS ANTERIORES VALORES**

\*\*\* PRODUCTOS EXENTOS DE IVA

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

**Condiciones comerciales:**

**Validez:** 3 días calendario.

**Forma de pago:** Crédito 90 días.

**Tiempo de entrega:** 3 a 5 días hábiles.

Cordialmente,



**JOSÉ MANUEL QUEMBA**

GERENTE

CEL. 320 2068636

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 [www.distribuidoraprojectar.com](http://www.distribuidoraprojectar.com) BOGOTA D.C.



### 3.2.2 Cotizaciones de compra o factura Regional Meta



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

#### Cotización

No. C-1-374

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

ELABORADA POR SINGO S.A.S. NT 830 048 145-8

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

**Total Bruto** 16,668,708.00

**Subtotal** 16,668,708.00

**IVA 19%** 23,922.00

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







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

**Cotización**  
No. C-1-373

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

ELABORADA POR SIGO S.A.S. NT8301048 145-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	10.00	950.00	9,500.00
2	MEDI-0039	COMPRESA PRELAVADA ESTERIL 1 SBX5	<a href="#">Ver</a>	2.00	7,500.00	15,000.00
3	MEDIC-0318	COMPRESA ESTRELLA ESTERIL SBX 1MS	<a href="#">Ver</a>	2.00	3,500.00	7,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	<a href="#">Ver</a>	1.00	5,100.00	5,100.00
5	EQVEMEMA	MACROGOTEO SIN AGUJA MEDISPO 10G	<a href="#">Ver</a>	10.00	1,000.00	10,000.00
6	EQFIX10	FIXOMULL 10 X 10 STRIC UNIDAD CUREBAN ROLLO	<a href="#">Ver</a>	2.00	35,000.00	70,000.00
7	DISZD20160629	GASA ESTERIL 3*3*5 UNIDAD CUREBAND	<a href="#">Ver</a>	960.00	500.00	480,000.00
8	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	5.00	21,000.00	105,000.00
9	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 C.JX100 UND MEDISPO	<a href="#">Ver</a>	600.00	350.00	210,000.00
10	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	<a href="#">Ver</a>	6.00	34,500.00	207,000.00
11	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	100.00	220.00	22,000.00
12	DISC-1806002	ALGODON EN TORUNDAS LIBRA MK	<a href="#">Ver</a>	1.00	12,000.00	12,000.00
13	MED0217	VENDA DE TELA 4X5 MEDICAL SUPPLIES	<a href="#">Ver</a>	20.00	2,100.00	42,000.00
14	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	<a href="#">Ver</a>	10.00	9,800.00	98,000.00
15	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON MK	<a href="#">Ver</a>	1.00	45,000.00	45,000.00
16	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	<a href="#">Ver</a>	30.00	13,500.00	405,000.00
17	J-1564	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	<a href="#">Ver</a>	30.00	12,500.00	375,000.00
18	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<a href="#">Ver</a>	30.00	2,900.00	87,000.00
19	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	10.00	2,100.00	21,000.00
20	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	<a href="#">Ver</a>	150.00	820.00	123,000.00
21	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS ) UNIDAD MEDE	<a href="#">Ver</a>	200.00	820.00	164,000.00
22	EQBURE	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	<a href="#">Ver</a>	10.00	3,500.00	35,000.00
23	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	3.00	14,200.00	50,694.00
24	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	15.00	4,800.00	72,000.00
25	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	15.00	20,000.00	300,000.00
26	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	30.00	63,000.00	1,890,000.00
27	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100]	<a href="#">Ver</a>	5.00	20,000.00	100,000.00
28	OOEXA228	GUANTE VINILO TALLA M CAJA X 100 UNDS	<a href="#">Ver</a>	3.00	24,000.00	72,000.00
29	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA CORTA	<a href="#">Ver</a>	20.00	14,500.00	290,000.00
30	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	<a href="#">Ver</a>	4.00	24,000.00	96,000.00

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910332

www.jersalud.com



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



FECHA DE SOLICITUD:		4-Jun-20							
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio							
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
3	AGUIA HIPOERMICA 18 X 1	A	CAJA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	58	CMC	CAJA X 100	
1	BAJALENGUAS	A	CAJA X 500 UNIDADES	ALMACEN	30004206	41	CMC	BOLSA X 500	
170	BATA QUIRURGICA	A	MANGA LARGA	ALMACEN	30003053	19.100	FARMA	BOLSA X 10	
5	CONO PARA OTOSCOPIO ADULTO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	30019107	6.890	CMC	BOLSA X 100	
10	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	A	PAQUETE X 34 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
4	CURAS REDONDAS	A	CAJA	ALMACEN	30005715	3.500	CMC	CAJA X 100	
11	GORROS	A	BOLSA X 100	ALMACEN	AGOTADO	-	-	AGOTADO	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	30005214	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLAS - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
12	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	30005213	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
14	GUARDIAN GRANDE	A	RECOLECTOR	ALMACEN	30001237	2.250	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIAN 2.9 LTS	
14	GUARDIAN PEQUEÑO	A	RECOLECTOR	ALMACEN	30009734	1.300	GUARDIANES Y RECOLECTORES	GUARDIANES PEQUEÑOS 10 ltrs	
2	HOJAS DE BISTURI	A	CAJA	ALMACEN	-	210	CMC	CAJA X 100 - FAVOR ESPECIFICAR CALIBRE DE LA CUCHILLA 10-11-15-20-22	
2	JERINGAS X 10 CC	A	CAJA	ALMACEN	30001080	194	CMC	CAJA X 100	
2	JERINGAS X 5 CC	A	CAJA	ALMACEN	30001079	125	CMC	CAJA X 100	
30	SABANAS	A	80X12	ALMACEN	30001238	4.500	CMC	MEDIDA 2.20 X 87	
9	TAPABOCAS	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	30007361	4.500	CMC	CAJA X 50	
100	TAPABOCAS INFES	A	UNIDAD	ALMACEN	30007364	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
5	TIPIAS MARCA GLUCOQUICK	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	-	
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	-	-	AGOTADO	
2	LICCANA AL 1% TAPA VERDE	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONVO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
2	LICCANA AL 2% TAPA AZUL	A	FRASCO	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR CONVO SIN EPINEFRINA Y LOS ML X 20 O 50 ML	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 500ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
20	SOLUCION SALINA 0.9% 100ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD MINIMA DE EMPAQUE CAJA X 40	
2	CEJE DPA	A	GALON	ALMACEN	30001916	32.000	CMC	GLUTARALDEHIDO (FORMALDEHIDO) (CETRIMIDA GALON X 3750 ml) (GLUTAFARI)	
10	GAFAS	A	NA	ALMACEN	NO ESTA CREADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	

FECHA DE SOLICITUD:		4-Jun-20							
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio							
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES	
10	APLICADORES DE ALGODON	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	30004207	20	CMC	PAQUETE X 1000	
2	COMPRESAS	A	BOLSA	ALMACEN	30001015	1.035	CMC	UNIDAD - GASA PFECCIONADA 45x45 COMPRESAS	
1	CURAS REDONDAS	A	CAJA	ALMACEN	30005715	-	CMC	-	
10	EQUIPO MACROGOTEO	A	UNIDAD	ALMACEN	30001064	720	CMC	MACROGOTEO EQUIPO CON SISTEMA LUER LOCK	
2	FIMBURI	A	NA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR MEDIDA 10X10 O 5X5	
40	GASAS ESTERIL	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	30005074	345	CMC	GASA ESTERIL 7.5X7.5 PAQUETE X 5 UNIDADES	
5	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	30005214	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLAS S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	30005213	15.813	CMC	GUANTE NITRIL EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)	
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 7.5 CAJA	ALMACEN	30001047	800	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	30001057	12.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD	
6	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	30001080	194	CMC	CAJA X 100	
6	JERINGAS X 5 CC - CAJA X 20 UNIDADES	A	CAJA	ALMACEN	30001082	575	CMC	CAJA X 100	
1	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	30001079	125	CMC	CAJA X 100	
30	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	30007361	4.500	CMC	CAJA X 50	
15	TAPA BOCAS INFES	A	CAJA	ALMACEN	30007364	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD	
1	TORUNDAS	A	PAQUETE	ALMACEN	30001232	10.896	CMC	PAQUETE X 12 - TORUNDAS X 500 gms PAQUETE	
20	VENDAS ELASTICAS	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	FAVOR ESPECIFICAR LA MEDIDA (3/5 - 4/5 - 5/5 - 6/5)	
1	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	AGOTADO	AGOTADO	AGOTADO	AGOTADO	
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	30006764	17.000	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL	
10	JABON QUIRURGICO	A	FRASCO X 120 ml	ALMACEN	30008395	3.345	CMC	CLORHEXIDINA DIGLUCONATO + CETRIMIDA X 120 ml Jabon TOPICA	
30	JABON ANTIBACTERIAL	A	500 ml	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
10	SOLUCION SALINA 0.9% 500 ML	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD X	
10	SOLUCION SALINA 0.9% 100ml	A	BOLSA	ALMACEN	-	-	-	NO SE COTIZA POR MONTO MINIMO DE DESPACHO Y POR CANTIDAD X	
200	SONDA MELATON # 8	A	-	ALMACEN	30001025	473	CMC	PAQUETE X 50	
150	SONDA MELATON # 10	A	-	ALMACEN	30001075	473	CMC	PAQUETE X 50	
10	BUPRETOL	A	PAQUETE X 20 UNIDADES	ALMACEN	30001063	2.438	CMC	CAJA X 25	
7	BAJALENGUAS PLASTICO	A	TALLA M	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
15	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	A	-	ALMACEN	30001094	2.738	CMC	-	
20	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M	A	-	ALMACEN	30004100	-	CMC	VESTIDO DE SECHABLE CIRUJANO	
20	DIAPHRAGM ANTRILUIDOS TALLA M	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
20	TAPABOCAS INFES	A	-	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO	
4	BISOR	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
4	MONOGAFAS	A	-	ALMACEN	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	-	-	NO SE ENCUENTRA OFERTADO	
3	BROMURO DE IPRATROPIO	A	SOLUCION PARA INHALACION	ALMACEN	1992498-01	5257	RAFAEL	IPRATROPIO BROMURO DOSIFICADOR AEROSOL 20 MCG/DOSI/200 DOSE	
10	ISOPOS DE MADERA	A	PAQUETE X 20 UN	ALMACEN	CODIGO REPETIDO	-	-	CODIGO REPETIDO CON APLICADORES CON ALGODON	





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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Claudio Rodríguez Numpique	4.049.642-865	Administrativa

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 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
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudio R.
16 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Claudio R.
17 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudio R.
18 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudio 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, Claudio Yaneth Rodríguez identificado (a) con CC: 1049642865, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MAYOLGA ROSAS DOUL	40044574	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 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
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 06 2020				X								Doulaye Rosas
16 06 2020				X					X			Doulaye Rosas
17 06 2020				X								Doulaye Rosas
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, DOUL MAYOLGA ROSAS identificado (a) con CC: 40044574, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





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

Apellidos y Nombres Completos <u>Marcela Ayala Florio Escobar</u>	Cédula <u>40038562</u>	Unidad
--	---------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Celofa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
12/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	Escobar
16/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	pl	Florio
17/06/20	X	-	-	X	X	X	-	-	-	-	Tapabocas N95 sin válvula	Escobar
18/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bata desechable a diario	Escobar
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Marcela Florio Escobar Identificado (a) con CC: 40038562, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Gerson David Gonzalez Rubles</u>	Cédula <u>1049638771</u>	Unidad <u>Unidad</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
	Celofa	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
12/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		Gonzalez
16/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		Gonzalez
17/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		Gonzalez
18/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		Gonzalez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Jose Paulin Jimeno</i>	<i>918016</i>	<i>C. Ester</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. 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 1978, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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			
<i>12 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Jimeno J.</i>
<i>16 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Jimeno J.</i>
<i>19 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>		<i>Jimeno J.</i>
<i>18 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>		<i>Jimeno J.</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, *Jose Paulin Jimeno* Identificado (a) con CC: *918016* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Joel Durán Iguarán</i>	<i>1124023897</i>	<i>C. Ester</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. 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 1978, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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			
<i>12 06 20</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Joel Durán Iguarán</i>	
<i>13 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Joel Durán Iguarán</i>	
<i>18 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Joel Durán Iguarán</i>	
<i>19 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Joel Durán Iguarán</i>	
<i>18 06 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		<i>Joel Durán Iguarán</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Joel Durán Iguarán* Identificado (a) con CC: *1124023897* Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800091033  
VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Sra. G. M. J. V.</i>	<b>Cédula</b> <i>72'25029</i>	<b>Unidad</b> 
---	----------------------------------	-------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12/06/20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
16/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
17/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
19/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>PEDRAZA VARGAS NADIA LUCIA</i>	<b>Cédula</b> <i>40017103</i>	<b>Unidad</b> <i>Unidad - Nutrición</i>
---	----------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>	
16/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-				
18/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-				
19/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	-				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Nadia Lucia Pedraza Vargas* Identificado (a) con CC: *40017103*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Fu2 Camparo Cegala</i>	Cédula <i>40027046</i>	Unidad <i>Jersalud Tunja.</i>
--	---------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>12 06 20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>teleconsultz</i>	
<i>16 06 20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>teleconsultz</i>	
<i>17 06 20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Phonofonia</i>	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Bolanrubio Cecilia Zulmarani</i>	Cédula <i>105239513</i>	Unidad <i>Consulta Externa</i>
--	----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>12 06 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
<i>13 06 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
<i>16 06 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
<i>17 06 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
<i>18 06 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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





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

Apellidos y Nombres Completos <i>PONTREZ AMERICAN CLAUDIA ISABEL</i>	Cédula <i>46361131</i>	Unidad <i>C Ent - JANTA</i>
---	---------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NBE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>Claudia Pontrez A</i>
14 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>Claudia Pontrez A</i>
16 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>Claudia Pontrez A</i>
17 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>Claudia Pontrez A</i>
18 06 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>Claudia Pontrez A</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Jacca Sanchez Anderson Dario</i>	Cédula <i>1054658729</i>	Unidad <i>Control externo</i>
--	-----------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NBE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Anderson Jacca</i>
15 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Anderson Jacca</i>
17 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Anderson Jacca</i>
18 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		<i>Anderson Jacca</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Yoly Patricia Quilte P</u>	Cédula <u>23324561</u>	Unidad <u>Jersalud Temp</u>
--	---------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 JUN 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
13 JUN 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
16 JUN 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
17 JUN 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
18 JUN 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Yoly Patricia Quilte P identificado (a) con CC: 23324561, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Maria Cecilia Rodríguez</u>	Cédula <u>10A96250AC</u>	Unidad <u>Consulta Externa Jersalud Temp</u>
---	-----------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 JUN 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
13 JUN 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
16 JUN 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
17 JUN 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
18 JUN 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Cecilia Rodríguez identificado (a) con CC: 10A96250AC, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acuedo David Milena	46278245	C - Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polemas		
12/06/20	X			X		X			X			
13/06/20				X		X						
16/06/20				X		X						
17/06/20	X			X		X			X			
18/06/20				X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, David Milena Torres Acuedo identificado (a) con CC: 46278245, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Hojica Velandria Luz Marina	40036857	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polemas		
12/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
13/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
16/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
17/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
18/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019383  
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Sofia Ordoz	23284926	C. Externy

Conforme a la 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. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Caretta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Ordoz
13 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Ordoz
15 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Sandra Ordoz
17 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Ordoz
19 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sandra Ordoz
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sandra Ordoz identificado (a) con CC: 23284926, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zipa Vargas Griselle 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. 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. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Caretta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Griselle Zipa
18 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Griselle Zipa
17 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Griselle Zipa
18 Junio 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Griselle Zipa
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, Griselle Andrea Zipa Vargas identificado (a) con CC: 1049647500, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

Apellidos y Nombres Completos <u>Fonseca Fonseca Juan Arce</u>	Cédula <u>110265548</u>	Unidad <u>C. INTERNA TEND</u>
---	----------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
12 06 20				X								
13 06 20				X								
16 06 20				X				X				
17 06 20				X								
18 06 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juan Arce Fonseca identificado (a) con CC: 110265548, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Diego Alejandro Rojas Jimenez</u>	Cédula <u>101906907</u>	Unidad <u>ADMINISTRATIVA</u>
---	----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
12 06 20	X			X					X			
13 06 20				X					X			
14 06 20				X					X		BATA Nueva	
17 06 20				X					X		BATA Nueva	
18 06 20				X					X		BATA Nueva	
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diego Alejandro Rojas Jimenez identificado (a) con CC: 101906907, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Flax Alvarez Monica fado	<b>Cédula</b> 1019616557	<b>Unidad</b> Cexteng
--	-----------------------------	--------------------------

Conforme 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
12 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	celia
16 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	celia
17 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	celia
18 106/20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	celia
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, Monica Flax Alvarez identificado (a) con CC: 1019616557 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Fanny Daniel Ximo H	<b>Cédula</b> 10039607	<b>Unidad</b> Tonya
---	---------------------------	------------------------

Conforme 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
12 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Bronkama
16 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	Daniel Ximo
17 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Daniel Ximo
18 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Daniel Ximo
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Fanny Daniel Ximo H identificado (a) con CC: 10039607 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

Apellidos y Nombres Completos <u>Rojas Comargo Maria Paula</u>	Cédula <u>1049632802</u>	Unidad <u>Administrativo</u>
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guaantes de latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20				X									Maria Rojas Com.
18 06 20				X									Maria Rojas Com.
16 06 20				X									Maria Rojas Com.
17 06 20				X									Maria Rojas Com.
18 06 20				X									Maria Rojas Com.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Paula Rojas Comargo 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jenny Gabriela Cabezas Narvaez</u>	Cédula <u>1952314070</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
--	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guaantes de latex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 06 20				X									Jenny Cabezas
16 06 20				X					X				Jenny Cabezas
17 06 20				X									Jenny Cabezas
18 06 20				X									Jenny Cabezas
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Cabezas Narvaez identificado (a) con CC: 1952314070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Tejados Seneno Angela Dorely	<b>Cédula</b> 24167297	<b>Unidad</b> Asistencial
--	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
18 04 2020	✓			✓		✓									
11 05 2020	✓			✓		✓									Unidad tapabocas 5.
18 05 2020	✓			✓		✓									Tapabocas 2
20 05 2020	✓			✓		✓									Tapabocas 4
28 05 2020	✓			✓		✓									Tapabocas 3
01 06 2020	✓			✓		✓									Tapabocas 5
08 06 2020	✓			✓		✓									BATA N° 1. 1AP ASISTENCIAL
16 06 2020	✓			✓		✓									Tapabocas 5.
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
30 04 2020				✓		✓									
04 05 2020				✓		✓									
06 05 2020	✓			✓		✓									observación 5 tapabocas desechables
11 05 2020	✓			✓		✓									Se entregaron 5 tapabocas.
18 05 2020	✓			✓		✓									Se entregaron 1 tapabocas
20 05 2020	✓			✓		✓									Se entregaron 5 tapabocas
26 05 2020	✓			✓		✓									Se entregaron 3 tapabocas
01 06 2020	✓			✓		✓									Se entregaron 5 tapabocas
08 06 2020	✓			✓		✓									Se recibieron 5 tapabocas
16 06 2020	✓			✓		✓									Se recibieron 2 tapabocas
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Levin Rodriguez Marin 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: 018000910303  
**VIGILADO**





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Orlando Gutierrez Pinzon</i>	<i>91244689</i>	<i>Asistencial</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	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			<i>[Signature]</i>
29 04 2020				X					X			<i>[Signature]</i>
11 05 2020	X			X					X		Entrega 5 tapabocas	<i>[Signature]</i>
18 05 2020	X			X					X		Entrega 6 tapabocas	<i>[Signature]</i>
26 05 2020	X			X					X		Entrega 3 tapabocas	<i>[Signature]</i>
07 06 2020	X			X					X		Entrega 5 tapabocas	<i>[Signature]</i>
08 06 2020	X			X					X		Entg 5 tapabocas	<i>[Signature]</i>
16 06 2020	X			X					X		Ent 5 tapaboc	<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Orlando Gutierrez Pinzon 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Triana Triana Hiday</i>	<i>46458143</i>	<i>Durama</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 06 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												
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  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias				
28 05 20				X								X	4 tapabocas.	Ripui
01 06 20				X									5 tapabocas.	Ripui
08 06 20	X			X								X	6 tapabocas.	Ripui
16 06 20	X			X								X	2 tapabocas.	Ripui
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, Lina Alejandra Pinzón Costablanca Identificado (a) con CC: 1049632618, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias				
16 06 20	X			X								X		Lina M.
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, Lina M. Arague Identificado (a) con CC: 46672428, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019383  
 VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Euseun Lucia Cepeda Higuera	1052410687	Administrativa

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Arendazo Esquivel Gloria Isabel	1049628122	Asistencia

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 05 2020	X			X					X		Tapabocas 41 bata y 1 gorro	[Firma]
01 06 2020	X			X					X		Tapabocas 51 tapabocas	[Firma]
05 06 2020	X			X					X		Tapabocas 61 bata	[Firma]
16 06 2020	X			X					X		Tapabocas 4. 1 bata	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mosollón	23323920	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 05 20	✓			✓	✓						6 tapabocas	[Firma]
18 05 20	✓			✓	✓							[Firma]
20 05 20				✓	✓						3 tapabocas	[Firma]
26 05 20	✓			✓							5 tapabocas	[Firma]
01 06 20	✓			✓							3 tapabocas	[Firma]
08 06 20	✓			✓							6 Tapabocas	[Firma]
16 06 20	✓			✓							3 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Diana Marcela	1053608206	REFALJO OBITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 20				X					X		6 tapabocas, 1 bata	DIANAC
08 06 20				X					X		5 tapabocas, 1 bata	DIANAC
16 06 20				X					X		2 tapabocas, 1 bata	DIANAC
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 Marcela 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 de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
ACELO MARTINEZ DIANA PATRICIA	46956242	JERSALUD DORTAMA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 04 20				X					X			Diana Acelo
30 04 20				X								Diana Acelo
5 05 20				X								Diana Acelo
7 05 20				X					X			Diana Acelo
11 05 20				X					X		5 Tapabocas	Diana Acelo
18 05 20				X					X		6 tapabocas 1 bata	Diana Acelo
26 05 20				X					X		1 tapabocas 1 bata	Diana Acelo
29 05 20				X							3 tapabocas	Diana Acelo
01 06 20				X					X		1 bata y 6 tapabocas	Diana Acelo
08 06 20				X					X		1 bata y 5 tapabocas	Diana Acelo
16 06 20				X					X		1 bata y 2 tapabocas	Diana Acelo
DD MM AA												

Yo, DIANA PATRICIA ACELO Identificado (a) con CC: 46956242, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010333  
 Línea Correo Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
			1 de 1									
<b>Apellidos y Nombres Completos</b>		<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>									
Cirovanni Rodriguez S.		9396.880	Sogamoso									
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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>												
<b>Elementos De Protección Personal</b>												
<b>Fecha (DD/MM/AA)</b>	<b>Cofre</b>	<b>Monopropio de seguridad</b>	<b>Cables desechables</b>	<b>Tapaboca desechable</b>	<b>Tapaboca N95 con válvula</b>	<b>Guantes de látex</b>	<b>Guantes de nitrilo</b>	<b>Guantes de nylon</b>	<b>Bata desechable</b>	<b>Polainas</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Firma</b>
26 05 20				X					X		epp	[Firma]
07 06 20				X					X			[Firma]
08 06 20				X					X			[Firma]
16 06 20				X					X			[Firma]
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												
<p>Yo, <u>Cirovanni Rodriguez S.</u> identificado (a) con CC: <u>9396880</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>												

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
			1 de 1									
<b>Apellidos y Nombres Completos</b>		<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>									
Edida de aguas		32775986	Sogamoso									
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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>												
<b>Elementos De Protección Personal</b>												
<b>Fecha (DD/MM/AA)</b>	<b>Cofre</b>	<b>Monopropio de seguridad</b>	<b>Cables desechables</b>	<b>Tapaboca desechable</b>	<b>Tapaboca N95 con válvula</b>	<b>Guantes de látex</b>	<b>Guantes de nitrilo</b>	<b>Guantes de nylon</b>	<b>Bata desechable</b>	<b>Polainas</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Firma</b>
26 05 20				X					X		epp	[Firma]
07 06 20				X					X		epp	[Firma]
08 06 20				X					X		epp	[Firma]
16 06 20				X					X		epp	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
<p>Yo, <u>Edida de aguas</u> identificado (a) con CC: <u>32775986</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0800010303  
 VIGILADO



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Malaver Avendaño Sandra	<b>Cédula</b> 46672546	<b>Unidad</b> Sogamoso
---	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceja	Monogora seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas reus con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	Elemento EPP	Sandra Malaver
01 06 20				X							X	Elemento EPP	Sandra Malaver
08 06 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
16 06 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Deisy Vargas Barera	<b>Cédula</b> 105752547	<b>Unidad</b> Sogamoso
---	----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceja	Monogora seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas reus con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
01 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
08 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
16 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Deisy Vargas Barera identificado (a) con CC: 105752547 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Hernandez Hernandez Desy Carolina</u>	<b>Cédula</b> <u>1049631798</u>	<b>Unidad</b> <u>Sobremano C. EXTERNA</u>
--	------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía seguridad	Cables desechables	Tapabocas desechable	Tapabocas NBS con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Polizas			
26 05 20				X								elementos de epp	<i>[Signature]</i>
04 06 20				X									<i>[Signature]</i>
08 06 20				X									<i>[Signature]</i>
16 04 20				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Beranda P. María Constanta</u>	<b>Cédula</b> <u>46370222</u>	<b>Unidad</b> <u>Sog</u>
---	----------------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monografía seguridad	Cables desechables	Tapabocas desechable	Tapabocas NBS con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de nylon	Bata desechable	Polizas			
28 05 2020				X								elementos de epp	<i>[Signature]</i>
DD MM AA				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA				X									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 08000910303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Sebastian Rivera (hijos)</u>	<b>Cédula</b> <u>1049614080</u>	<b>Unidad</b> <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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía 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							X	Elementos de EPP	[Firma]
01 06 20		X		X							X	elementos de epp	[Firma]
08 06 20				X							X	EPP	[Firma]
16 06 20				X							X	EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Ara Romero</u>	<b>Cédula</b> <u>46366015</u>	<b>Unidad</b> <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. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía 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		[Firma]
01 06 20				X							X		[Firma]
08 06 20				X							X		[Firma]
16 06 20				X							X		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Carrillo Lopez Cesar</u>	Cédula <u>9530770</u>	Unidad
--	--------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogafas seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas				
26 05 20				X								X	elementos de epp	
04 06 20				X									EPP	
18 06 20														
18 08 20														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>QUINTERO TORRES MILENA QUINTERO</u>	Cédula <u>46455020</u>	Unidad <u>JERSALUD 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	
	Cofre	Monogafas seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas				
26 05 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
08 06 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
18 06 2020				X								X	EPP	MILENA QUINTERO
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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.

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



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Ledy Joana Buitrago Sanabria	1053338976	Chiquinquirá

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	Monopira de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 2020	X			X							X		
17 06 2020				X									
18 06 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													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	1082896913	ASISTENCIAL - MEDICO GENERAL

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	Monopira de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 6 20	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/		

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Enka Sarcado	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	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de latex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nitrilo	Bata desechable	Poleras		
17 06 2020				X								Enka Sarcado
18 06 2020				X								Enka Sarcado
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Duliana Suarez	1053348179	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	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de latex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nitrilo	Bata desechable	Poleras		
17 06 2020				X								Duliana Suarez
18 06 2020				X								Duliana Suarez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Shirley Rencancelo	1053340626	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
	Cable	Monografía de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 <sup>o</sup> 06 <sup>o</sup> 2020				X								Shirley R.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Melisa Cardenas	1053348819	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
	Cable	Monografía de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 <sup>o</sup> 06 <sup>o</sup> 2020				X								Melisa C
18 <sup>o</sup> 06 <sup>o</sup> 2020				X								Melisa C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	1073380836	ASISTENCIAL - MEDICO GENERAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 / 6 / 20	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Jackeline 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Gloria Ballesteros S	1073380836	Chiquinquira

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 / 06 / 2020	X			Y					X				Jackeline B
17 / 06 / 2020													— o —
18 / 06 / 2020				Y									Jackeline B
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													
DD / MM / AA													

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

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

**4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Monquirá**

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
16 06 20				X									Deisy Garcia
17 06 20				X									Deisy Garcia
18 06 20				X									Deisy Garcia
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	<b>Cédula</b> 63362434	<b>Unidad</b> MONQUIRA
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
16 06 20				X									
17 06 20				X									
18 06 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
16 06 20				X									X		Leidy Saenz
17 06 20				X											Leidy Saenz
18 06 20				X											Leidy Saenz
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
16 06 20				X									X		IVONNE ARENAS
17 06 20				X											IVONNE ARENAS
18 06 20				X											IVONNE ARENAS
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, IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS Identificado (a) con CC: 63529281, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0800910303





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									
Carcedo Ayala Fanny H.			33676330	Garagoa									
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
15 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
17 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
18 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
DD MM AA													
Yo, <u>Fanny Hailery Carcedo</u> identificado (a) con CC: <u>33676330</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033										
			Versión: 3										
			ago-19										
			1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos			Cédula	Unidad									
Gatica Daza Daniela			100752786	Garagoa-Guarique									
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
15 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
16 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
17 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
18 06 20	X	X	X	X		X			X	X			
DD MM AA													
Yo, <u>Diana Gatica Daza</u> identificado (a) con CC: <u>100752786</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800910332  
 Vigilado



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Mary Camelo Gomez</u>	Cédula <u>33676746</u>	Unidad <u>Garapoa</u>
---	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafio de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12/06/20	X			X							X		
16/06/20	X			X							X		
17/06/20	X			X							X		
18/06/20	X			X							X		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Mary Camelo 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Dominquez Armando</u>	Cédula <u>531407</u>	Unidad <u>Garapoa</u>
---	-------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafio de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
12/06/20	X	X		X	X	X					X	X		
16/06/20	X	X		X	X	X					X	X		
17/06/20	X	X		X	X	X					X	X		
18/06/20	X	X		X	X	X					X	X		
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
 Calle Comuna Nacional, 01000190302  
**VIGILADO**





4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pupo Moreno Melissa	1045725343	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 06 20			x	x		x			x			
16 06 20			x	x		x			x			
17 06 20			x	x		x			x			
18 06 20			x	x		x			x			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yuly Muñoz Romero	1014188587	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
	Coifa	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 06 20	x			x		x			x			
16 06 20	x			x		x			x			
17 06 20	x			x		x			x			
18 06 20	x			x		x			x			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303  
VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Daniela Castro	109999152	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 06 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
13 06 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
16 06 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
17 06 20	X	X	X	X		X			X			Daniela
18 06 20	X	X	X	X		X			X			Daniela C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daniela Castro identificado (a) con CC: 109999152 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



**4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá**

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033				
											Versión: 3				
											ago-19				
				1 de 1											
<b>Apellidos y Nombres Completos</b>				<b>Cédula</b>				<b>Unidad</b>							
ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR				24080048				JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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		
	Cofre	Monografía de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guante de látex	Guante de nitrilo	Guante de nylon	Bata desechable	Polainas					
11/06/2019				1											<i>Alix Margarita Acevedo Salazar</i>
12/06/2019				1											<i>Alix Margarita Acevedo Salazar</i>
13/06/2019	1			1								1			<i>Alix Margarita Acevedo Salazar</i>
14/06/2019				1											<i>Alix Margarita Acevedo Salazar</i>
15/06/2019				1											<i>Alix Margarita Acevedo Salazar</i>
16/06/2019				1											<i>Alix Margarita Acevedo Salazar</i>
17/06/2019															
18/06/2019															
19/06/2019															
20/06/2019															
21/06/2019															
22/06/2019															
23/06/2019															

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033				
											Versión: 3				
											ago-19				
				1 de 1											
<b>Apellidos y Nombres Completos</b>				<b>Cédula</b>				<b>Unidad</b>							
MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO				1140868607				JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 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		
	Cofre	Monografía de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guante de látex	Guante de nitrilo	Guante de nylon	Bata desechable	Polainas					
13/06/2019				1		2									<i>Maria Paula Campos Buitrago</i>
14/06/2019				1		2									<i>Maria Paula Campos Buitrago</i>
15/06/2019	1			1		2					1				<i>Maria Paula Campos Buitrago</i>
16/06/2019				1		3									<i>Maria Paula Campos Buitrago</i>
17/06/2019															
18/06/2019															
19/06/2019															
20/06/2019															
21/06/2019															
22/06/2019															
23/06/2019															

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010303  
 VIGILADO



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	
	Cable	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Poinais			
12	6	2021				1	2						Flor Isabel Serrano
13	6	2021				1	2						Flor Isabel Serrano
14	6	2021	1			1	2			1			Flor Isabel Serrano
15	6	2021				1	2						Flor Isabel Serrano
16	6	2021				1	2						Flor Isabel Serrano
17	6	2021											
18	6	2021											
19	6	2021											
20	6	2021											
21	6	2021											
22	6	2021											

Yo, FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO Identificado (a) con CC: 23.452.508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





## 4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

### 4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> García Leon Dora Milena	<b>Cédula</b> 1121829770	<b>Unidad</b> Jersalud
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
16	6	2020	X	X		X	X	X						
17	6	2020	X	X		X	X	X						
18	6	2020	X	X		X	X	X						
19	6	2020	X	X		X	X	X						
20	6	2020												
21	6	2020												
22	6	2020												
23	6	2020												
24	6	2020												
25	6	2020												
26	6	2020												
27	6	2020												
28	6	2020												
29	6	2020												
30	6	2020												

Yo, Dora Milena García Leon Identificado (a) con CC: 1121829770 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Roa Fajero Milena	<b>Cédula</b> 1121.898.957	<b>Unidad</b>
---	-------------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
16	6	2020	X	X	X									
17	6	2020	X	X	X									
18	6	2020	X	X	X									
19	6	2020	X	X	X									
20	6	2020												
21	6	2020												
22	6	2020												
23	6	2020												
24	6	2020												
25	6	2020												
26	6	2020												
27	6	2020												
28	6	2020												
29	6	2020												
30	6	2020												

Yo, Milena Roa Fajero Identificado (a) con CC: 1121.898.957 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 de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Blanca Li Cardenal Moreno	<b>Cédula</b> 35.262.890	<b>Unidad</b> AU- 40- 110
---	-----------------------------	------------------------------

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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	6	2020	✓	✓		✓		✓					
17	6	2020	✓	✓		✓		✓					
18	6	2020	✓	✓		✓		✓					
19	6	2020	✓	✓		✓		✓					
20	6	2020											
21	6	2020											
22	6	2020											
23	6	2020											
24	6	2020											
25	6	2020											
26	6	2020											
27	6	2020											
28	6	2020											
29	6	2020											
30	6	2020											

Yo, Blanca Li Cardenal Moreno identificado (a) con CC: 35.262.890 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Branagiro Morguio Diego fdo	<b>Cédula</b> 1107014334	<b>Unidad</b> Av. Pdo. Antonio Uvarov
---	-----------------------------	--

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	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	6	2020											
17	6	2020		X		X					X		Diego Branagiro
18	6	2020											
19	6	2020		X		X					X		Diego Branagiro
20	6	2020											
21	6	2020											
22	6	2020											
23	6	2020											
24	6	2020											
25	6	2020											
26	6	2020											
27	6	2020											
28	6	2020											
29	6	2020											
30	6	2020											

Yo, Diego Branagiro identificado (a) con CC: 1107014334 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gaitan Perago Windy G	<b>Cédula</b> 1120865481	<b>Unidad</b> Jersalud v/c.o.
---	-----------------------------	----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	Monografo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
16 6 2020		X		X		X			X			Windy G
17 6 2020		X		X		X			X			Windy G
18 6 2020		X		X		X			X			Windy G
19 6 2020		X		X		X			X			Windy G
20 6 2020												
21 6 2020												
22 6 2020												
23 6 2020												
24 6 2020												
25 6 2020												
26 6 2020												
27 6 2020												
28 6 2020												
29 6 2020												
30 6 2020												

Yo, Windy Gaitan Perago, Identificado (a) con CC: 1120865481. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### 4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Luisano Lopez	<b>Cédula</b> 43 920473	<b>Unidad</b> Jersalud
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
09 08 20				X								Luisano Lopez
10 08 20				X								Luisano Lopez
11 08 20				X								Luisano Lopez
12 08 20				X								Luisano Lopez
16 08 20				X								Luisano Lopez
17 08 20				X								Luisano Lopez
18 08 20				X								Luisano Lopez
20 08 20												
21 08 20												
22 08 20												
23 08 20												
24 08 20												
25 08 20												
26 08 20												
27 08 20												
28 08 20												
29 08 20												
30 08 20												





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandoval Jairo	<b>Cédula</b> 1.02300019	<b>Unidad</b> Jersalud
--	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/06/20				X					X			Sandoval
10/06/20				X					X			Sandoval
11/06/20				X								Sandoval
12/06/20				X								Sandoval
16/06/20				X								Sandoval
17/06/20			X	X					X			Sandoval
18/06/20				X								Sandoval

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Mariana Rodriguez	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Jersalud
---	---------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
09/06/20				X								Mariana Rodriguez
10/06/20				X								Mariana Rodriguez
11/06/20				X								Mariana Rodriguez
12/06/20				X								Mariana Rodriguez
16/06/20				X								Mariana Rodriguez
17/06/20				X								Mariana Rodriguez
18/06/20				X								Mariana Rodriguez

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



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

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

<b>Apellido y Nombre Completo</b> ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	<b>C.C.</b> 1121914029	<b>Unidad</b> 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. 886 de 1979 y Res. 46 de 1982 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, la estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Año	Mes	Día	Elementos de Protección Personal								Observaciones	Firma		
			Casco	Monoguada de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con visor	Cinturón de lona	Guañas de vidrio	Guañas de nylon			Bata desechable	Polvos
2	6	2020				X								
3	6	2020				X								
4	6	2020				X								
5	6	2020				X								
6	6	2020				X								
8	6	2020			X	X					X	Recibí Personal		
9	6	2020				X								
10	6	2020				X								
11	6	2020				X								
12	6	2020				X								
15	6	2020				X								
16	6	2020				X					X	Recibí Personal		
17	6	2020				X								
18	6	2020				X								
19	6	2020				X								
20	6	2020				X								
22	6	2020				X								
23	6	2020				X								
24	6	2020				X								
26	6	2020				X								
26	6	2020				X								
29	6	2020				X								
30	6	2020				X								

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: 0800091033  
**VIGILADO**



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

Nombre completo	Cédula	Unidad
JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	12565313	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha			Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AAAA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tenallones	PIES con PVA	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable			Polainas
2	6	2020		X		X						X		Sin Papeles, Bot. Hieg. Coats.	
3	6	2020		X		X						X			
4	6	2020		X		X						X			
5	6	2020		X		X						X			
6	6	2020		X		X						X			
8	6	2020		X		X						X			
9	6	2020		X		X						X			
10	6	2020		X		X						X			
11	6	2020		X		X						X			
12	6	2020		X		X						X			
14	6	2020		X		X						X			
16	6	2020		X		X						X			
17	6	2020		X		X						X			
18	6	2020		X		X						X			
19	6	2020													
20	6	2020													
22	6	2020													
23	6	2020													
24	6	2020													
25	6	2020													
26	6	2020													
29	6	2020													
30	6	2020													

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

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





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

<b>Apellido y Nombre Completo</b> ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	<b>Código</b> 1121925239	<b>Unidad</b> 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 1978, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Candela desechable	Tupabocas desechables	Tupabocas 1935 con válvula	Guantes de Nitril	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
2 6 2020			XX	AA		AA						
3 6 2020			XX	AA		AA						
4 6 2020			X	AA		AA						
5 6 2020			X	AA		AA						
6 6 2020			XX	AA		AA						
8 6 2020			XX	AA		AA						
9 6 2020			XX	AA		AA						
10 6 2020			XX	AA		AA						
11 6 2020			X	AA		AA						
12 6 2020			X	AA		AA						
15 6 2020			X	AA		AA						
16 6 2020			X	AA		AA						
17 6 2020			X	AA		AA						
18 6 2020			X	AA		AA						
19 6 2020												
20 6 2020												
22 6 2020												
23 6 2020												
24 6 2020												
25 6 2020												
26 6 2020												
29 6 2020												
30 6 2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HAIDIVY ROMERO BERNAL	<b>Cédula</b> 52.776.902	<b>Unidad</b> ADMINISTRATIVO
---	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 1 20				X		X			X		Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
17 3 20				X		X						<i>[Signature]</i>
18 6 20				X		X						<i>[Signature]</i>
19 1 20				X		X						<i>[Signature]</i>
20 1 20				X		X						<i>[Signature]</i>

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.

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 696 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 6 20				X		X			X		Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
17 8 20				X		X						<i>[Signature]</i>
18 8 20				X		X						<i>[Signature]</i>
20 1 20				X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, Yadira Torero 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.

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



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 3 20				X		X					Gorro quirurgico	
17 3 20				X		X						
18 3 20				X		X						
19 3 20				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 8 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
17 8 20				X		X						
18 8 20				X		X						
19 8 20				X		X						
20 8 20				X		X						

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

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





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 6 20				X		X					Gorro quirurgico	Jorge Clavijo
17 6 20				X		X						Jorge Clavijo
18 6 20				X		X						Jorge Clavijo
18 6 20				X		X						Jorge Clavijo
20 6 20				X		X						Jorge Clavijo

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 6 20				X		X					Gorro quirurgico	Liliana Fonseca
17 6 20				X		X						Liliana Fonseca
18 6 20				X		X						Liliana Fonseca
18 6 20				X		X						Liliana Fonseca
20 6 20				X		X						Liliana Fonseca

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: 018000910333  
**VIGILADO**



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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	1120498277	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. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	6	2019			X	X	X			X	TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>Diego A</i>
17	6	2019										<i>Diego A</i>
18	6	2019			X		X					
19	6	2019										

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DIANA MARCELA SANCHEZ	1120364043	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
16	6	2019	X	X	X	X	X			X	TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>Diana</i>
17	6	2019			X		X				LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>Diana</i>
18	6	2019			X		X					<i>Diana</i>
19	6	2019			X		X					<i>Diana</i>

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
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 1964, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16/06/2020		X		X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
17/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
18/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
19/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16/06/2020				X		X			X			<i>[Signature]</i>
17/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
18/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>
19/06/2020				X		X						<i>[Signature]</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Luz Esperanza Guerrero O. D.C.  
C. de Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
16/06/2020				X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>Hernan D Ramos</i>
17/06/2020				X		X						<i>Hernan D Ramos</i>
18/06/2020				X		X						<i>Hernan D Ramos</i>
19/06/2020				X		X						<i>Hernan D Ramos</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
16/06/2020				X		X			X			<i>Maria Olinda Murillo</i>
17/06/2020				X		X						<i>Maria Olinda Murillo</i>
18/06/2020				X		X						<i>Maria Olinda Murillo</i>
19/06/2020				X		X						<i>Maria Olinda Murillo</i>

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	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													
17				X		X							<i>[Firma]</i>
18													
19				X		X							<i>[Firma]</i>

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Gonzalez Cuevas Ysella	47441197	Administrativa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 2020	X												
29 05 2020				X									<i>[Firma]</i>
01 06 2020				X									<i>[Firma]</i>
16 06 2020				X									<i>[Firma]</i>

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Duarte Santos Cesar	1047438183	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 06 20	4			4								Diw 16, 17, 18, 19.	Cesar

Yo, Cesar Duarte Santos 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ruiz Kelly Vanesa	1010201040	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 06 20	4			4								Diw 16, 17, 18, 19.	Kelly Ruiz

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

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Peñaranda Caballero Harold Guillermo	8445511	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 latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon			Bata desechable
13 05 2020	*			*		*				Paquete * 3 unidades.	
19 05 2020	*5			*5		*5				Paquete * 5 unidades c/o.	
19 05 2020					1.					Los guantes estan a disponibilidad.	
05 06 2020	2			2							
11 06 2020	2			2	1.					Guantes a disposicion consultorio.	
16 06 2020	5			2						Guantes, batas según necesidad disponible consultorio.	
16 06 2020				3							

Yo, Harold Peñaranda Caballero 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 0800910303  
**VIGILADO**



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

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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
4/06/2020	MARCELA NORVAEZ	MEDICINA GENERAL	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			BATA
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			SE CUENTA CON AREA DE ALMACENAMIENTO 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			SE DEBE ENTREGAR COMO SE TIENE ENTREGA ELEMENTOS, (1 VEZ POR SEMANA Ó SEGÚN NECESIDAD)
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			EL AREA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS ESTA A CARGO DEL PERSONAL DE SMART, YA QUE ES EL AREA DE ALMACENAMIENTO SERVICIOS GENERALES

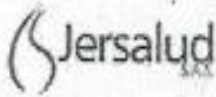
TOTAL	100		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	Daniel Castro	Asistencial	Jenny Sandoval Sotomayor

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

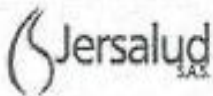
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza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

TOTAL	100	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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 01000190302  
**VIGILADO**





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

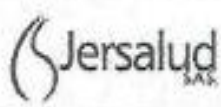
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Gloria Ballesteros	Medico	Ledy Buitrago

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantas por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección 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 requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos 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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Dulciana Suarez	Aux Enfermería	Ledy Buitrago

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

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

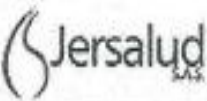
TOTAL	15 0 0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%

PUNTAJE	
0% - 50%	NO CUMPLIDO
60% - 84%	ACEPTABLE
85% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional 01800010302  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(TH)027
		Versión: 1
		02-1B
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Erika Suarez	Medico	Leidy Buitrago

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	Use bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en 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)	700%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				96% - 100%	SOBRESALIENTE

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





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		001-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Melisa Cardenas	Aux Administrativo	Leidy Borrero

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

TOTAL	10	3	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	76,9%		

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







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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
26-05-2020	Ledy Buitrago	OPERA. Asistencia sede	Ledy B.

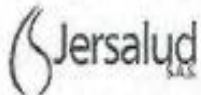
Calificación del evaluador; Marcar con una [x] según si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09 Junio 2020	ERIKA SUAREZ	Medico	Leidy Buitrago


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

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

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

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



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
04-Jun-0-2020	Gloria Balboa	Medica	Leidy Buitrago

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

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

TOTAL	15	0	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Inspección y Vigilancia  
 Calle Comuna Nacional, 01000010002  
 Bogotá, D.C.

VIGILADO





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09 Junio 2020	Ledy Buitrago	Cuid. Asistencial 302	Ledy Buitrago

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 requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

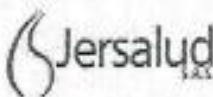
TOTAL	15	0	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100+		

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09 junio 2020	Melisa Cardenas	Area Administrativo	Leidy Burbujeo

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

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

TOTAL	14	1	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93,3%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Comuna Nacional, 01000191032  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09-Junio-2020	Julliana Suarez	Aux Enfermería	Leidy Burbayo

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

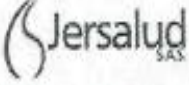
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DE L EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	Y			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	Y			
3	Realiza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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Bioseguridad  
 Línea Control Nacional: 020001910332  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
09 junio 2020	Dr. Ley Rencanco	Área Administrativa	Leidy Bartrayo

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

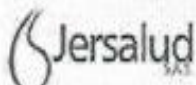
TOTAL	14	1	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumpla)/Total de criterios evaluados * 100)	93.3%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010001910002  
**VIGILADO**





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

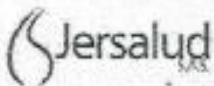
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	Wily Muñoz	Administrativa	Jenny Gabriela Otheguer

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 (pañuelos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	14	1	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93.3			0% - 50%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Asistencia al	Jenny Gabriela Salazar

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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100 %		

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Gloria Arandaño	Asistencial	Jenny Sabina Ochoa

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

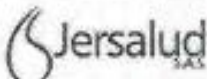
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente.			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Punteo Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92,31%		

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Lina Arque	Administrativo	Jenny Serrano Ojeda

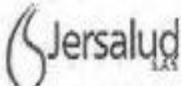
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

<b>TOTAL</b>	13	1	2
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntos Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92.87		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Diana Cercado	Administrativo	Jenny Gabriela Botene

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

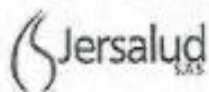
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza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

TOTAL	14	1	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93.3%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800019033  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	Diana Acero	Asistencial	Jenny Cabrera Arboleda

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

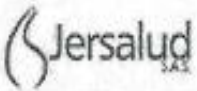
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos		X		
3	Realiza cambio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

TOTAL	11	4	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	230%		

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





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

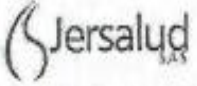
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18 Junio 2020	Lenin Rodriguez	Asistencial	Jenny Sibredo Sibredo

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

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

TOTAL	14	1	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93.33			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	Lina Alejandra Pinzon	Administrativo	Jenny Gabriela Otero

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		+		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos		x		
3	Realiza cambio de guantes por paciente		x		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección 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.	+			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseiras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas (tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	x			


TOTAL	105	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	85,67	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	Hidaly Trana	Administrativa	Jenny Sobrado Sotomayor

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva 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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

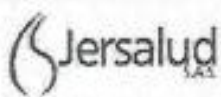
TOTAL	11	A	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73,3%		

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

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800019033





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Angela Fajardo	Asistencia	Jenny Salgado Moreno

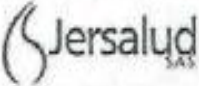
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13-06-2020	Nancy Mogollon	Asistencia	Jenny Gabriela Gutierrez

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


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

TOTAL	14	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

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





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/06/20	Fanny Caicedo	C.E.	Diana Gantiva


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

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

TOTAL	150	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		96% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH/027
		Version: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/06/20	Mery Camelo	Linea Frente	Diana Contreras

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


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

TOTAL	10   1   3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumplido)/Total de criterios evaluados * 100)	Aceptable	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/ UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
29/06/2020	Juan Camilo Puentes	Asistencial	Aura Cristina Lombano Osorio

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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o 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 el 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	
<b>TOTAL</b>		33	0	4	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		200%			
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b>
					80% - 94% <b>ACEPTABLE</b>
					95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/06/2020	Blanca W Canajal	Asistencial	Ana Cristina Cortés 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
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/06/2020	María Navarro	Asistencia	Aura Cristina Londoño Quérez

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

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

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


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
**VIGILADO**









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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	Johana Corcoba	Asistencial	Aura Cristina Londono O.

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
29/06/2020	Gina Arango	Asistencial	Alicia Cristina González

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

<b>TOTAL</b>	22 0 3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	Durain Gomez	Asistencial	Ayca Cristina Cordoba O.

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.  
 Línea Corrala Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
29/06/2020	Deyisy Paola Tullibá	Administrativa	Aura Kristina Lombao D.


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			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o 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 permanente 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
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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)	200%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Lima  
 Unidad Central Operativa - 01000101033  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
29/06/2020	Ayca Rosa Ferrero	Administrativa	Ayca Cristina Lombardi Ayra

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

<b>TOTAL</b>	9   0   6
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%

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



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL .</b>	F/GTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/06/2020	Yamile Salazar	Asistencial	Ayara Cristina Londono Vargas,

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

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

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





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

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
18/06/2020		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			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección 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			Se deja constancia y soporte		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	







FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
18/06/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección 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			Se deja constancia y soporte		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socializacion de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitacion por plataforma moodle		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>		100%			<b>0% - 80% NO CUMPLIDO</b>		
<b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>					<b>80% - 94% ACEPTABLE</b>		
					<b>95% - 100% SOBRESALIENTE</b>		





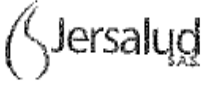
		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/06/2020		HAIDIY ROMERO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			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			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección 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			Se deja constancia y soporte		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socializacion de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitacion por plataforma moodle		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, 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 maquillaje en uñas color traslucido o en lo posible no maquillar		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>		100%			<b>0% - 80% NO CUMPLIDO</b>		
<b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>					<b>80% - 94% ACEPTABLE</b>		
					<b>95% - 100% SOBRESALIENTE</b>		



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/06/2020		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			Modalidad teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección 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			Se deja constancia y soporte		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			Socialización de circulares de obligatorio cumplimiento y capacitación por plataforma moodle		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, 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 mantener uñas cortas, maquillaje de uñas color translucido o en lo posible no maquillar		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
<b>TOTAL</b>		15	0	0	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



**5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López**

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

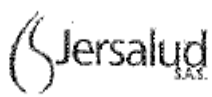
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza 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 les conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia  
 Unidad Control Normativa 018000190303  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


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

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

<b>TOTAL</b>	11	2	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	65%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010000190302  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	RONNIE CARMONA	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

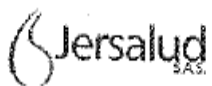
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis a su calificación es: C=Cumple NC: No cumple NA= No aplica

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

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






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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	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.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			UTILIZA TAPABOCAS DE FORMA PERMANENTE
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	
<b>TOTAL</b>		10	1	4	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80%      NO CUMPLIDO
					80% - 94%      ACEPTABLE
					95% - 100%    SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19/06/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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

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



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


FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
18/06/2020		LILIANAN ROJAS	LINEA DE FRENTE	SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible 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	
<b>TOTAL</b>		9	1	5	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE





FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
18/06/2020		MARTHA RODRIGUEZ		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/06/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




### 5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

F(GD)003 Vr.1 Jun-2019		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
Informe General Bioseguridad <b>Semana 3 de Junio</b>					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
18/06/2020	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 LOCKER EN LA SEDE	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	x				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x				
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x				
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x				
12	Utiliza calzado cerrado	x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x		
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE





		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/06/2020		ESPERANZA GUERRERO		LINEA DE FRENTE		ANDREA SANTOS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO 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 después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	DIANA SANCHEZ	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	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800019333  
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18/06/2020	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 después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

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





		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/06/2020		DIEGO BARON		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO 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 después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
<b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
18/06/2020		HERNAN RAMOS		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1							
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19.	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



**5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare**

	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
	Oscar Jimenez	Asistencia	Ysela Gonzalez

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

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Unidad Casanare, Calle 100 No. 100-100  
VIGILADO





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Milbany Sarmiento	Asistencial	Ysela Gonzalez

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16-06-2020	Johna Rincón	Administrativa	Ysella Gonzalez


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16-06-2020	Arlyn Ivette Ramirez	Administ.	Ysella Gonzalez.

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Harold Guillermo	Asistencial	Yoella Gonzalez

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

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
18-06-2020	Karen Solano	Administrativa	Ysella González

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


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

<b>TOTAL:</b>	11	0	4
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-06-2020	Yorkels V. Charis	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-06-2020	Maria N. Cediel	Asistencial	Ysella Gonzalez

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0800919333  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19-06-2020	Kelly Ruiz	Asistencial	Ysella Gonzalez


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			<b>Médico General.</b>
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección 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	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
19-06-2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 02000910303  
**VIGILADO**





### 5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal





## 6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

### 6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

#### 6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGA003
										Versión: 1
										del 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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia
17-06-2020	Nubia Vasquez	Coord. Sede	C. Ext.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17-6-2020	Leon Fonseca R	Psicólogo	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17-6-2020	Flavio Velez	Tec. Gen	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	Alfonso Plaza	Med. Gen	C. Ext.	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	Diego J. E.	Med. Gen	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/6/2020	Arturo J. M.	M. Gen	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	Luz Mojica U	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/6/20	José D.	MD	C. Ext.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	Diego M.	MD	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17-06-20	Sandra M.	MD	C. Ext.	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	German Gonzalez	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	Juan Gale	M.D	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/6/20	Diego J. M.	psicólogo	C. Gen	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17-06-2020	Diego M. J.	Asst. Admin	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17-06-20	Erica B.	Asst. Admin	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17/06/20	Diego A.	Asst. Admin	Admin.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO Paul (I)
17-06-20	Andrea S.	Aux. Admin	Admin.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO Paul (I)





Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar y registrar (Marcar con una X las variables que aplica)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está presentando síntomas respiratorios o similares	Ha tenido contacto estrecho con este trabajador para enfermar (por último contacto)	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en día enfermo?	Firma del Encargado
12/06/20	Jessy Solano	Medico	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12/06/20	Jean Anselmi	Psicólogo	C. Ext	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12/06/20	Leonora	Auxiliar	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12/06/20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12/06/20	Andrés Pineda	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12/06/20	Diana M. Lopez	Aux. Administrativa	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12/06/20	Sandra Mora	Asistente	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13/06/20	L. J. J. J. J.	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13/06/20	Andrés Pineda	Asistente	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13/06/20	Luz Helena	Medico	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13/06/20	Jean Anselmi	Psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13/06/20	Sandra Mora	Aux. Ext	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13/06/20	Diana M. Lopez	Aux. ADM	ADM.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-06-20	Maria Rodriguez	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-06-20	Andrés Pineda	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-6-20	Jessy Solano	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16/6/20	Sandra Mora	Aux. Ext	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar y registrar (Marcar con una X las variables que aplica)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está presentando síntomas respiratorios o similares	Ha tenido contacto estrecho con este trabajador para enfermar (por último contacto)	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en día enfermo?	Firma del Encargado
11-06-20	Erika Rosales	Asst Admin	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12-06-20	Jenny Gabriela Sánchez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12-06-20	Diana M. Lopez	Administrativa	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12-06-20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
12-06-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
13-06-20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-06-20	Diana M. Lopez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-06-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-06-20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-06-20	Jenny Gabriela Sánchez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
16-06-20	Priscilla Torrey	Admin. Ext	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
17-06-20	Diana M. Lopez	Aux. Administrativa	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
17-06-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
17-06-20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
17-06-20	Jenny Gabriela Sánchez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
17-06-20	Erika Rosales	Asst Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
18-06-20	Diana M. Lopez	Aux. Administrativa	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

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





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FICHA 003 Versión 2 may-20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si responde (Marcar con una X los valores que aplica)										
				Pali. con síntomas respiratorios o similares	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por sus contactos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormi.	Trabaja en día enfermo?	Fecha del diagnóstico		
16-6-20	María Pajón	Aux. Sec. Corral	C. Gen	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Williamth Beber	Enfermera	C. Extern	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Monica Floer	Medico	C. Extern	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Mario Rodriguez	Aux. Administ	C. Extern	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	Luz Morico	Medico	C. Extern	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Leidy Jimenez	Aux. odont.	odontol.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Andrei Zepa	Aux. Admin	AdminiCE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/6/20	Adrián Alino	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/6/20	Alba Marina	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/6/20	Carolina Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Yuley Ovalle	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	M. Juan Rojas	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Juan Fonseca	psicologo	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Diana Jimenez	Colaborador	Colaborador	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Gloria Nolasco V.	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	Maria E	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Sara C/Bl	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FICHA 003 Versión 2 may-20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si responde (Marcar con una X los valores que aplica)										
				Pali. con síntomas respiratorios o similares	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado por sus contactos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormi.	Trabaja en día enfermo?	Fecha del diagnóstico		
16/06/20	Brenda Flores	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	Joel Duran	MD	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	Carson Gonzalez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	M. Victoria Lopez	MD	C. EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Alba Marina	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Dora Patricia Ruiz	Aux. Administ	AdminiCE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	Sandra Espinoza	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Juan Fonseca	psicologo	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-6-20	Diana Jimenez	Colaborador	Colaborador	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Mario Pablo Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Andrei Zepa Wraga	Aux Admini	AdminiCE	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Erika Castro	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	Maria E	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/06/20	M. Juan Rojas	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/6/20	Joel Duran	MD	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16/6/20	Carson Gonzalez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20
16-06-20	Leidy Jimenez	Aux. odont.	odontol.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	16/6/20

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
VIGILADO



Jersalud											FISAX003 Versión: 1 abr-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 epidemiología (Marcar con una X las variables que aplique)					Fatiga y Adormencia	Firma del Trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adormencia		
16/06/20	Andrzejewski	Dir. Admin	C. Gen	No	No	36.2	No	No	No	No	No	(T)
16/06/20	Asistido	CERT	Médico	No	No	36.2	No	No	No	No	No	(S)
16/06/20	Luz Mónica	C. ext.	Med	No	No	36.2	No	No	No	No	No	(S)
16/06/20	Monica F	CERTA	Med	No	No	36	No	No	No	No	No	(S)
16/06/20	Flavia	C. ext.	Med. Gen	No	No	36.3	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Andrea Torgu	Aux. Dent.	Dent.	No	No	35.4	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Andrzejewski	Dir. Admin	C. Gen	No	No	37.00	No	No	No	No	No	(T)
18/06/20	Juan Borsoari	psicólogo	C. ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Yara Suarez	Oftalmólogo	Oftalmología	No	No	36.0	No	No	No	No	No	(I)
18/06/20	Monica Flores	Médico	CERTA	No	No	36.7	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Asistido	Médico	CERT	No	No	36.8	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Luz Mónica	Médico	C. ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Jed Duran	MD	C. ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	(I)
18/06/20	Sara C	MD	C. ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	John Lawrence	MD	C. ext	No	No	36.8	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	Eschylano	Médico	C. ext	No	No	36.8	No	No	No	No	No	(S)
18/06/20	John Lawrence	Médico	C. ext	No	No	36.9	No	No	No	No	No	(S)

Jersalud											FISAX003 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 epidemiología (Marcar con una X las variables que aplique)					Fatiga y Adormencia	Firma del Trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adormencia		
16.06/20	Juarez Grah	M. D	C. EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	(S)
16/06/20	Eschylano	Médico	C. ext	No	No	36.4	No	No	No	No	No	(S)
16/06/20	Sandra H	Arx. ext.	C. ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	ADRIANA	M. D	C. EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	(S)
17-06-20	A. Servino	C. Ext	Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	(S)
17-06-20	Monica Flores	CERTA	C. Médico	No	No	36.1	No	No	No	No	No	(S)
17-06-20	Julia Botana	C. Ext	Enfermera	No	No	36.1	No	No	No	No	No	(S)
17-06-20	Andrea Zepa	Aux Admin	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Asistido	Médico	CERT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Andrzejewski	Aux Admin	C. Gen	No	No	36.0	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Luz Mónica	Médico	C. ext	No	No	35.9	No	No	No	No	No	(S)
17-06-20	Luz Mónica	Aux. odont.	odont	No	No	36.7	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Diana	Aux. ADM	ADM	No	No	35.7	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Mónica	Nutricionista	C. ext	No	No	35.6	No	No	No	No	No	(S)
17-6-20	Yolga P. Quila	Enfermera	C. ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Sandra	Médico	C. ext	No	No	35.8	No	No	No	No	No	(S)
17/06/20	Flavia	Médico Gen	C. ext	No	No	35.8	No	No	No	No	No	(S)

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Luz Corrales Naranjo, 0900010332









FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos 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		
18-06-2020	Alejandro Montoya	Sub General	C-Extremo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/06/20	Carson Coronel	Medico	C Ext	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12/04/2010	Francisco Espinoza	Sub Genl	C Ext	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO

**6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos 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	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia			
12-06-20	Evelyn Lora Cepeda	Asist. T.H.	Admin.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuella
12/06/20	Diana P. Arco	Enfermera	Asistenc.	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
12-6-20	Lina Arceque	Admin.	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
12/06/20	DIANA CEPEDA	AUX ADM.	ADM.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
12/06/20	Alejandra Pinzon	Aux Admini	Adminis	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	keper
12-06-20	Gloria Arechó	Coordinadora	Asist. Tec	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	gloria
12-06-20	Hidaly Tronca	Aux Adminis	Administ.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hydaly
12-06-20	FRANCISCA	ME:U	Asistenc.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	FRANCISCA
12-06-20	Nancy Mogollo	Medico	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
12-06-20	Olivera Gto	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivera
12-06-20	Yanely Fajó S.	Medico	Asist	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanely
14/06/20	Alejandra V	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra
12/06/20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuella

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

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
SALIDA													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adormiento	¿Trabaja en otra entidad?		
20-06-20	DIANA GILGADO	POA Adm	POA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA
20-06-20	DIANA ACELO	FARMACIA	ASISTE	NO	NO	36.9	SI	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA 1
12-06-20	Lina Arce	Adm.	Adm.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
12-06-20	Glenn Avendaño	Coordinador	Asistral	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn
12-06-20	Hedaly Truana	Aux Adminis	Administ	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedaly
12-06-20	Luis Roldán	Medico	Asistral	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
22-06-20	Nancy Moplen	Medico	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy

Activar Wifi

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
ENTRADA													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinología	Fatiga y Adormiento	¿Trabaja en otra entidad?		
13-06-20	Lina Arce	Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
13-06-20	Alejandra Pinzon	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alepi
13-06-20	Glenn Avendaño	Coordinador	Asistral	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn
13-06-20	Nancy Moplen	Medi	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
13-06-20													







54404

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Garganta	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	
16-06/20	Nancy Magallon	Medico	Asistenc	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06/20	Alexandra P	Aux Adm	Adm.	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/06/20	Diana Arango	Enfermera	Asist	NO	NO	36.6	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/06/20	OMAR CECACAO	aux adm	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/06/20	Angela Farib S.	Medico	Asistenc	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/06/20	Chulbertson	Maestra	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Esther Arango	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Hidaly Triana	Aux Adminis.	Administ.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17 de 6	Juan Moray	MEJUD	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**ENTRADA.**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Garganta	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	
17-06-20	Juan Moray	MEJUD	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Hidaly Triana	Aux Administ	Administ	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-6-20	Fina Arango	Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Evelyn Cepeda	Asis TH	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/06/20	OMAR CECACAO	ADM	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/06/20	Diana P. Arango	Enfermera	Asistenc	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Nancy Magallon	Medico	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Chulbertson	Maestra	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Angela Farib S	Medico	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Esther Arango	Coordinadora	Asist	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 010001910332  
**VIGILADO**



SAUIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormencia			
17-06-20	Nancy Rosalva	Medico	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
17-06-20	Hidaly Triana	Aux Administ	Administ	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly	
17-06-20	Alejandra Pineda	Aux Adminis	Administ	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra	
17-06-20	Evelyn Cepeda H.	Aux TH	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn	
17-06-20	<del>Orlando Cortes</del>	<del>Medico</del>	<del>A. Fisiol</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>36.5</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>NO</del>	<del>Orlando</del>	
17-06-20	Yefre Ayala J.	Medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Yefre	
17-06-20	Glenn Avendaño	coordinador	Asist	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA003 Versión: 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormencia			
18-06-20	Glenn Avendaño	coordinador	Asist	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn	
18-06-20	Diana (EKAD)	AUX ADM	ADM	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana	
18-06-20	Diana P. Acas	Enfermera	Asist	NO	NO	35.9	SI	NO	NO	NO	NO	Diana	
18-06-20	Lina Avendaño	ADM.	ADM.	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
18-06-20	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra	
18-06-20	Hidaly Triana	Aux Admin.	Administ	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly	
18-06-20	Nancy Rosalva	Medico	ADMIS	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy	



**6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMA 003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
COLABORADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar y cronología (Marcar con una X las variables que aplican)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha leído cartilla educativa con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en área afectada?	Firma del funcionario	
16-06-2020	Nelly Ariza	Aux Sg.	Sg.	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Nelly Ariza
16-06-2020	Carolina Sastre	Obstetra	Sog	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Carolina Sastre
16-06-2020	Lina Daza	Aux Odontol	Sog	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Lina Daza
16-06-2020	Andrés Ruiz	Odontol	Sog	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Andrés Ruiz
16-06-2020	Carolina Arellano	Aux Labo	Tom Ntra	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Carolina Arellano
16-06-2020	Carolina Arellano	Aux Labo	Tom Ntra	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	Carolina Arellano

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMA 003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
COLABORADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar y cronología (Marcar con una X las variables que aplican)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha leído cartilla educativa con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en área afectada?	Firma del funcionario	
17-06-2020	Nelly Ariza	Aux Sg.	Sogamoso	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Nelly Ariza
18-06-2020	Carolina Arellano	Aux Labor	Tom Ntra	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	Carolina Arellano
17-06-2020	Andrés Ruiz	Odontólogo	Odontol	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Andrés Ruiz
17-06-2020	Andrés Ruiz	Odontólogo	Odontol	No	No	36.6	No	No	No	No	No	No	Andrés Ruiz

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





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión 2 jun 20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	¿Está completamente vacunado contra la gripe A/H1N1v1 o actualizado?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X los variables que aparezcan)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento				
18-06-2020	Carolina Stcher	Odontóloga	Odontología	no	no	37	no	no	no	no	no	no	fl	
18-06-2020	Daysy Arellano	Aux Lolo	Tomografía	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	fl	
18-06-2020	Nelly Arien	Aux sg	Sg	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	Nelly A	
18-06-2020	Anche Ruiz	Colaborador	Colaborador	no	no	35.5	no	no	no	no	no	no	fl	

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión 2 jun 20 1 DE 1			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	¿Está completamente vacunado contra la gripe A/H1N1v1 o actualizado?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X los variables que aparezcan)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento				
17/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa	
17/06/2020	LEIDY JOHANA BUITRAGO BARRERA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Leidy B	
17/06/2020	GLORIA JACQUELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley	
17/06/2020	SHIRLEY ELIANA BORGANCO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa	
17/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Melissa	
17/06/2020	LEIDY JOHANA BUITRAGO BARRERA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B	
17/06/2020	GLORIA JACQUELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley	
17/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO BUEZAT	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Errika	
17/06/2020	GLORIA JACQUELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley	
17/06/2020	SHIRLEY ELIANA BORGANCO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa	
17/06/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	fl	
17/06/2020	LEIDY JOHANA BUITRAGO BARRERA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy B	
17/06/2020	GLORIA JACQUELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley	
17/06/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO BUEZAT	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Errika	
17/06/2020	GLORIA JACQUELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley	

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

**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar patología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
2006/001	SHIRLEY CLIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley.R
2006/002	MILADY MELISSA CASCOVÁS HERNÁNDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa e
2006/003	LEIDY JORNA BUITRAGO SÁNCHEZ	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	Leidy
2006/004	OLGORA ANGELENE BALLESTEROS SALVADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olgora
2006/005	VERA DAYANA SALCUDO RUÍDIZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	VERA
2006/006	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMAICA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2006/007	SHIRLEY CLIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa e
2006/008	MILADY MELISSA CASCOVÁS HERNÁNDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa e
2006/009	LEIDY JORNA BUITRAGO SÁNCHEZ	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
2006/010	OLGORA ANGELENE BALLESTEROS SALVADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olgora
2006/011	VERA DAYANA SALCUDO RUÍDIZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	VERA
2006/012	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMAICA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2006/013	SHIRLEY CLIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa e
2006/014	MILADY MELISSA CASCOVÁS HERNÁNDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa e
2006/015	LEIDY JORNA BUITRAGO SÁNCHEZ	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	COORDINADOR ASISTENCIAL DE RED	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
2006/016	OLGORA ANGELENE BALLESTEROS SALVADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olgora
2006/017	VERA DAYANA SALCUDO RUÍDIZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	VERA
2006/018	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMAICA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley

**6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
2020-06-12	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-12	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-12	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Saenz
2020-06-12	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
2020-06-12	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Correo Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
2020-06-16	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-16	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-16	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-16	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-16	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-16	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUQUIE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											
											FIGAAJ003 Versión: 2 may-20 1 DE 1

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
2020-06-17	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-17	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-17	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-17	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-17	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	

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





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIG(AA)003	
											Versión: 2	
											may/20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-06-18	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-18	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-18	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-18	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-18	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-18	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	

**6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIG(AA)003	
											Versión: 2	
											may/20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
16-06-2020	Karen.	Estudiante		NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-2020	Rafael Villamar.	Pensionado		NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-2020	Maria López	Pensionado		NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-2020	Armando Dominguez	Medico.		NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-2020	Luz Rosa	Hogar		NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	
16-06-2020	Ines Franco	Pensionada		NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	
17-06-2020	Sandra Pineda	Hogar.		NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	
17-06-2020	Yanifer Patiño.	Biomédico		NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	
17-06-2020	José Camp	Oficinas Varías		NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	
17-06-2020	Elizabeth Suarez	Pensionado		NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	
17-06-2020	Alvaro Hernandez	Pensionado		NO	NO	35.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-2020	Mercedes Ruiz	Pensionado		NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-2020	Diana Cantillo	enfermera.		NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-2020	Ana Ferriter	Pensionado		NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-2020	Mary Camelo	Aux Administ		NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-2020	Fanny Caicedo	ANU-Inf		NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	
18-06-2020	Cristina Aponte.	Docente.		NO	NO	34.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia y Control de Alimentos (VIGILADO)  
 Línea Correo Nacional: 01800010303



Jersalud											FIGA003		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 2		
											may-20		
											1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
12-06-2020	Doris Medina	Docente		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Ara Benito	Pensionada		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Monica Paz	Hogar		NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Andrea Perez	Administrativa		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Zoraida Lara	Analista		NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Paxi Benitez	Hogar		NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Humberto Vargas	Pensionado		NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Luz Ovillo	Docente		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO			
12-06-2020	Gloria Morales	Hogar		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO			
13-06-2020	Ximena Avendaño	Docente		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO			
13-06-2020	Victor Rubiana	Oficina Técnica		NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO			
13-06-2020	Alix Segura	Docente		NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO			
13-06-2020	Angelita Juretz	Hogar		NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO			
16-06-2020	Ara Hernandez	Pensionada		NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO			
16-06-2020	Alix Segura	Pensionada		NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO			
16-06-2020	Beba Castellanos	Docente		NO	NO	36.1	NO	NO	SI	NO			
16-06-2020	Nelly Avila	Estudiante		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO			

**6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guatemala**

Jersalud											FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											Versión: 1	
											abr-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia		
17/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Extra	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO		[Firma]
17/06/2020	Melissa Pupo M.	Med. General	Consultorio Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO		[Firma]
17/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO		[Firma]
17/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO		[Firma]
17/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Ext	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO		[Firma]
17/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO		[Firma]
18/06/2020	Melissa Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO		[Firma]
18/06/2020	Med. Pupo Moreno	Medico General	Consultorio Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO		[Firma]

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva de Bioseguridad y Control de Alimentos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Alimentos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Medicamentos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos Biológicos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos Químicos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos Radiológicos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos Sanitarios  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos Tóxicos  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Veterinario  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Humano  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Animal  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Cosmético  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Industrial  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Agrícola  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Ambiental  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Científico  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Deportivo  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Recreativo  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Educativo  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Cultural  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Religioso  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Político  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Social  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Económico  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Jurídico  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Lingüístico  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Matemático  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Científico  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Tecnológico  
 Unidad Ejecutiva de Control de Productos de Uso Científico





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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)				
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
11-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
11-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No
12-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No
12-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.4	No	No	No	No
13-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	37.0	No	No	No	No
13-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No
16-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.6	No	No	No	No
16-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No
17-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.4	No	No	No	No
17-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.4	No	No	No	No
18-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No
18-06-20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No

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

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)				
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
12/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	35.7	No	No	No	No
12/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	No	No	36.0	No	No	No	No
16/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea frente	No	No	36.4	No	No	No	No
16/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	No	No	36.8	No	No	No	No
17/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	No	No	36.6	No	No	No	No
17/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	No	No	36.5	No	No	No	No
18/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	No	No	36.4	No	No	No	No
18/06/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Línea de frente	No	No		No	No	No	No

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





**6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá**

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAAR003 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 antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolago	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
12.06.20 AM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
12.06.20 PM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
12.06.20 AM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
12.06.20 PM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
12.06.20 AM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
12.06.20 PM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
13.06.20 AM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
13.06.20 PM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
13.06.20 AM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
13.06.20 PM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAAR003 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 antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondolago	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15.06.20 AM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
15.06.20 PM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
16.06.20 AM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
16.06.20 PM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
16.06.20 AM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
16.06.20 PM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
17.06.20 AM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
17.06.20 PM	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alix Margarita</i>
17.06.20 AM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
17.06.20 PM	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Flor Isabel</i>
17.06.20 AM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>
17.06.20 PM	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Paula Campos</i>

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?		
18-06-20	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfons
18-06-20	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfons
18-06-20	FLORE SABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabel
18-06-20	FLORE SABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabel
18-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Verónica
18-06-20	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Verónica
	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE										
	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE										
	FLORE SABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO										Sabel
	FLORE SABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO										Sabel
	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA										
	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA										

**6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta**  
**6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormencia	¿Trabaja en otra entidad?		
19-06-20	Dina Villalobos	Auxiliar enfermería	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dina
19-06-20	Paola Galindo	Jefe enfermería	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola
19-06-20	Yanelis Bivera	Auxiliar enfermería	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yanelis
19-06-20	Yani Gutierrez	Auxiliar enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yani
19-06-20	Freddy Baquero	Jefe enfermería	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Freddy
19-06-20	Gloria Torres	Auxiliar enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
19-06-20	Patricia Carrero	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia
19-06-20	Sofía Linares	Jefe enfermería	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía
19-06-20	Quilanda	Analista SST	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Quilanda
19-06-20	Manila Bonilla	Asistente TH	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Manila
19-06-20	Sebastian Falla	Auxiliar informática	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
19-06-20	Victoriano	Analista SST	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Victoriano
19-06-20	Karen Melo	Jefe administrativa	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
19-06-20	Jessica Cason	Asistente administrativa	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica

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





(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN CUERO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

FORMA 003  
Versión 2  
May 2019  
1 de 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está vacunado contra la gripe A/H3N2	Ha tenido contacto reciente con un caso confirmado por seropositividad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Falta y Absentismo	¿Trabaja en otro establecimiento?	Fecha del Examen
18-06-20	Patola Galindo	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Patola G
18-06-20	Angie Carreño	Aux. Calidad	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Carreño
18-06-20	Diany Duarte	Gerente	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diany Duarte
18-06-20	Miguel Peña	Ingeniero de Salud	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Peña
18-06-20	Sandra Penabaz	Jefe Calidad	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Penabaz
18-06-20	Ayca Cristina Lombro	Analista SST	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ayca Lombro
18-06-20	Susan Camilo Fuentes	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Susan Fuentes
18-06-20	Glamile Sabogal	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Glamile Sabogal
18-06-20	Óscar Avila	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Óscar Avila
18-06-20	Luz Nelly Sánchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Nelly Sánchez
18-06-20	Glenn Barreto	Médico Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Glenn Barreto
19-06-20	Wendy Gastan	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy Gastan
19-06-20	María Camargo	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	María Camargo
19-06-20	Diego Bocanegra	Aux. administrativo	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Bocanegra
19-06-20	Lucía Rosa	Aux. administrativo	Administrativo	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Lucía Rosa
19-06-20	Dameira Gomez	Médico	Asistencial	SI	NO	37.2	SI	NO	NO	Admon.	SI	Dameira Gomez
19-06-20	Yovana Córdoba	Médico	Asistencial	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Yovana Córdoba
19-06-20	Luciana Caraga	Médico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Luciana Caraga
19-06-20	Luz Nelly Sánchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Nelly Sánchez
19-06-20	Maricela Morales	Aux. Odontólogo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Maricela Morales
19-06-20	Camila Gomez	Odontólogo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Camila Gomez
19-06-20	Adriana Rey	Terapeuta	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
19-06-20	Jose Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Romero

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN CUERO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

FORMA 003  
Versión 2  
May 2019  
1 de 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está vacunado contra la gripe A/H3N2	Ha tenido contacto reciente con un caso confirmado por seropositividad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Falta y Absentismo	¿Trabaja en otro establecimiento?	Fecha del Examen
18-06-20	Flor Alba Castro	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Alba Castro
18-06-20	María Camila Gomez	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	María Camila Gomez
18-06-20	Luz Nelly Sánchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Nelly Sánchez
18-06-20	Marcela Morales	Aux. Odontológica	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
18-06-20	Lily Rojas	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Lily Rojas
18-06-20	Jose Adelmo Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Romero
18-06-20	Johana Uuego	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Uuego
18-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
18-06-20	Victor Navarro	Analista facturación	Admon.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro
18-06-20	Jessica Comán	Asistente Admon.	Admon.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Comán
18-06-20	Maria Jose Bonilla	Asistente TI	Admon.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Jose Bonilla
18-06-20	Sebastian Falla	Aux. facturación	Admon.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falla
18-06-20	Luz Dary Ramirez	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Dary Ramirez
18-06-20	Lily Beltrán	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Lily Beltrán
18-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Varela
18-06-20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
18-06-20	Adriana Lorena Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
18-06-20	Maria Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Navarro
18-06-20	Olaya Saldado Torres	Coord. Asistencial	Admon.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Olaya Torres
18-06-20	Verónica Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Verónica Rivera
18-06-20	Ruth Mary Becerra	Jefe Enfermería	Asistencial	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Mary Becerra
18-06-20	Greicy Talz	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Greicy Talz
18-06-20	Dina Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Villalobos

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 08000090303  
VIGILADO





Jersalud											FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FECHA Mes: 2 Año: 2019 Día: 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto estrecho con una persona enferma por el mismo motivo	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fleja y Adenitis	¿Trabaja en otro sitio?	Firma del trabajador		
17-06-20	Sandra Pardo	Calidad	Admón	no	no	37.1	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Adriana Lombardi	Análisis de S.S	Admón	no	no	36.0	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Vicente Navarro	Análisis de S.S	Admón	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Sebastián Tello	Aux. Químico	Admón	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Yancy José Bust	Asiste. T-1	Admón	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Juan Camilo P.	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]		
17-06-20	Yamir Sabido	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]		
17-06-20	Sandra Ureña	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
17-06-20	Julia Bethán	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
17-06-20	Florencia Castro	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
17-06-20	Maria Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Diego Bocanegra	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Katherine Chingote	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Liliana Charcón	Bacterióloga	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Mirly Romero	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Windy Garzán	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Aura Milena Paez	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Paola Talibola	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Blanca Le Guayal	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]		
18-06-20	Gianni Karina Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Juana Corcobá	Medico General	Asistencial	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]		
18-06-20	Angelica Linares	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]		

Jersalud											FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		FECHA Mes: 2 Año: 2019 Día: 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto estrecho con una persona enferma por el mismo motivo	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fleja y Adenitis	¿Trabaja en otro sitio?	Firma del trabajador		
17-06-20	Diego Brander	Aux. Admón	Admón	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Karenno Soriano	Aux. Laboratorio	Asistencial	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Windy Garzán	Aux. Enfermería	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Paola Talibola	Aux. Admón	Admón	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Blanca Guayal	Aux. Enfermería	Asistencial	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Aura Paez	Aux. Admón	Admón	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Darwin Gomez	Med. General	Asistencial	no	no	36.8	no	no	no	no	SI	[Firma]		
17-06-20	Gianni Arango	Med. General	Asistencial	no	no	35.7	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Juana Corcobá	Med. General	Asistencial	no	SI	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Angelica Linares	Med. General	Asistencial	no	no	36.8	no	no	no	no	SI	[Firma]		
17-06-20	Carolina Castro	Odontóloga	Asistencial	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Nelly Sanchez	Higiene Oral	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Marcelo Stravaler	Aux. Odontología	Asistencial	no	no	35.6	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Yoly Rojas	Med. General	Asistencial	no	no	36.6	no	no	no	no	SI	[Firma]		
17-06-20	José Romero	Bacteriólogo	Asistencial	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	José Ray Henao	Ant. Física	Asistencial	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Marcela Orrego	Ant. Física	Asistencial	no	no	35.2	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Denay Sanchez	Aux. Enfermería	Asistencial	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Dianna Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	no	no	35.6	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Rosalia Salgado	Enfermera	Asistencial	no	no	35.3	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	María Charcón	Bacterióloga	Asistencial	no	no	36.0	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Mirly Romero	Aux. Laboratorio	Asistencial	no	no	35.9	no	no	no	no	no	[Firma]		
17-06-20	Daniela Romero	Aux. Calidad	Admón	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]		

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												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Está vacunado contra la gripe A/B (sí/no)	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para referencias por su zona de salud	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Falta y Adherencia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del trabajador
26-06-20	Yarlines Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Yessica Carrón	Asistente Admon	Admon	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Marta Jose Bonilla	Asistente TH	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Victor Navarro	Análisis fecal	Admon.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Sebastián Falla	Aux. facturación	Admon.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Karen Melo	Coord. Admon.	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Soledad Linares	Coord. Asistencial	Admon	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Angele Carreño	Aux. calidad	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Sandra Paredota	Sepe calidad	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Diany Duarte	Gerente	Admon	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Aura Milena Roca	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Paola Tolibola	Aux Admon.	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Blanca Lo Carrujal	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Luz Dany Rómiz	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Johana Urrego	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Gretha Telles	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Dina Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Paola Cevallos	Jefe Enf	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Aura Lora	Analista Est	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Juan Camilo Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-06-20	Camile Sotomayor	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-06-20	Bless Barreto	Medico Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-06-20	Patricia Comares	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Está vacunado contra la gripe A/B (sí/no)	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para referencias por su zona de salud	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Falta y Adherencia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del trabajador
26-06-20	Katherine Chingate	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Milly Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Alexandra Parra	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Ronnie Valencia	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Liliana Chacon	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Sandra Varela	Aux. Admon.	Admon	NO	NO	36.40	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Doly Beltrán	Aux. Admon.	Admon.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Maria Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Windy Garfain	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Roly Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Carmin Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-06-20	Guine Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Jeyana Cordoba	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Cesar Guerrero	Medico Familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Angelica Carranaga	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
26-06-20	Luz delly Sanchez	Agente de Salud	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Marcia Morales	Aux. Odontólogo	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Flore Alba Castro	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Jose Pedro F.	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Adriana Rey	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Polly Mary Baggio	Sepe Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Jenny Gutierrez	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Bioseguridad y Control de Infecciones  
 Linea Control Nacional: 08000970303  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
12-06-20	Johana Orrego	Asistencial	Asistencia	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Orrego
12-06-20	Yaelin Rivera	Aux Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Yaelin Rivera
12-06-20	Rosita Valencia	Biología	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Rosita Valencia
12-06-20	Luzmila Orrego	Asistente	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmila Orrego
12-06-20	Sofía Linares	Coordinadora	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sofía Linares
12-06-20	Sandra Perdomo	Calidad	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Perdomo
12-06-20	Angie Cuevas	Aux Calidad	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Cuevas
12-06-20	Paola Salgado	Jefe Enferm.	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Salgado
12-06-20	Diana Duarte	Gerente	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Duarte
12-06-20	Jessica Carion	Aux Administrat.	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Carion
12-06-20	Alvia Lombardo	Analista SST	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Alvia Lombardo
12-06-20	Maria Bonilla	Asistente Th	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Bonilla
12-06-20	Karen Melo	Coordinadora Th	Administrativa	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo
12-06-20	Keneth Gallo	Asistente	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Keneth Gallo
12-06-20	Paola Urbiza	Aux. admin.	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Urbiza
12-06-20	Carra Paez	Aux. admin.	Administrativa	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Carra Paez
12-06-20	Juan Puentes	Medico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Puentes
12-06-20	Yamile Salgado	Medico	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Salgado
12-06-20	Omara Avila	Especialista	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	Omara Avila
12-06-20	Alba Castro	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Alba Castro
12-06-20	Orlando Ramirez	Aux. Admin.	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Orlando Ramirez
12-06-20	Adriana Rey	Tuberculosis	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Rey
16-06-20	Diego Becerra	Aux. Admin	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Becerra

**6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
16/6/2020	ESPERANZA RUIRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza Ruirero
16/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda Murillo
16/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Sanchez
16/6/2020	DEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diego A. Baron
16/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan Ramos
16/6/2020	MARIA CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Castro
16/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Santos
16/6/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra Cardenas
16/6/2020	GRICEL ZAROSA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gricel Zarosa
16/6/2020	JAVIER HERRERA	RESENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier Herrera
16/6/2020	SONIA BONDORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia Bondorquez
16/6/2020	EUDALY RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eudaly Rodriguez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019033

VIGILADO





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												EIGAD003	
												Versión 1	
												del 26	
												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 antimicrobianos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
23/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/6/2020	DIEGO BAÑON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/6/2020	MARIA CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	GRECY ZAVORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/6/2020	SOMIA BONDROUET	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												EIGAD003	
												Versión 1	
												del 26	
												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 antimicrobianos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
28/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	DIEGO BAÑON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
28/6/2020	MARIA CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	GRECY ZAVORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	SOMIA BONDROUET	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910303  
 Linea de Consulta Normativa: 01 8000 910302

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003	
											Versión: 1	
											abr-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								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?	
13/6/2020	ESTERAZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	DIEGO A. BARON
13/6/2020	HERNAN BAYOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan B. Bayos
13/6/2020	MARAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA DUAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/6/2020	DRICCI ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/6/2020	JAVIER HEREDIA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER HEREDIA
15/6/2020	SONIA BARRONQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/6/2020	DAVALUI RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
15/06/2020	Nobora Alejandra Pireban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/06/2020	Inesa Mariela Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/06/2020	Haidy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
17/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
17/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
17/06/2020	Haidry Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
17/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
17/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
18/06/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/06/2020	Imna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
18/06/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
18/06/2020	Haidry Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
18/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
18/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

### 6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
10-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Atención	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Atención	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Atención	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Atención	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Atención	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Atención	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del Funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
10-06-20	Sandra Pardo	Enferm	PUP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-20	Sandra Pardo	Enferm	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-06-20	Sandra Pardo	Enf.	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Sandra Pardo	Enf	PUP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Sandra Pardo	Enf	PUP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Sandra Pardo	Enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o 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?	
12-06-20	Marta Rodriguez	Medico	Cons. I	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Marta Rodriguez	Medico	Cons. I	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Marta Rodriguez	Medico	Cons. I	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Marta Rodriguez	Medico	Cons. I	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, 15 de Junio del 2020  
 Vigilado



### 6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											#FGA003 Versión: 1 06/20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o aspirina?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en zona crítica?	Firma del Funcionario
2020-06-01	LUC MARIANA PERAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-02	ROSEL KATALLA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-03	ANA MARGARITA DAMAZANO	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-04	JOSE ROBERTO MELAN	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-05	ROMMY GARMONA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-06-06	MARITZA DIAZ	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-07	LUC MARIANA PERAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-08	ROSEL KATALLA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-09	ANA MARGARITA DAMAZANO	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-10	JOSE ROBERTO MELAN	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-11	ROMMY GARMONA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-06-12	LUC MARIANA PERAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-13	ANA MARGARITA DAMAZANO	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-14	ROSEL KATALLA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-15	JOSE ROBERTO MELAN	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-16	ROMMY GARMONA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-06-17	MARITZA DIAZ	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-18	LUC MARIANA PERAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-19	ROSEL KATALLA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-20	ANA MARGARITA DAMAZANO	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-21	JOSE ROBERTO MELAN	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-22	ROMMY GARMONA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-06-23	LUC MARIANA PERAZA	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-24	ROSEL KATALLA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

2020-06-25	ANA MARGARITA DAMAZANO	AUXILIAR FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-26	JOSE ROBERTO MELAN	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-06-27	ROMMY GARMONA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-06-28	MARITZA DIAZ	AUXILIAR LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

### 6.2.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											#FGA003 Versión: 1 06/20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o aspirina?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en zona crítica?	Firma del Funcionario
16/6/2020	ESPERANZA SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	OLINDA MURELLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	DEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	ALEJANDRA GARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	GRECY JAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	JAVIER HERRERA	RESEÑTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	TONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Central Nacional: 018000910303  
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar antropometría (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGMA003	
											Versión: 1	
											del 20	
											DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroideos?	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 caso sintomático?	Firma del funcionario
17/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	SORAYA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar antropometría (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGMA003	
											Versión: 1	
											del 20	
											DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroideos?	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 caso sintomático?	Firma del funcionario
18/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/6/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	JAVIER HERRERA	RESIDENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	SORAYA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/6/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
 Linea de Consulta Nacional: 01800091030





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)											Fecha	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta 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 esta ciudad?	Firma del funcionario
13/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	OLINDA MURELO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	EMANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/6/2020	HERNAN BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
13/6/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	BRIEY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	JAVIER HERNANDEZ	HIGIENISTA FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	SONIA BARRON	ALIA DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13/6/2020	EMILIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)											Fecha	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta 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 esta ciudad?	Firma del funcionario
16-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Soledy Paola Fonseca Ligon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16-06-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16-06-20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Oscar Hernandez Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Angely	aux. Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Dolly Castellanos	Lubricacion	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Delia	serv general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Juan Diego Her.	Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Sandra Lopez	Asistencial	Odontologa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FORMA 003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
16.06.20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	37.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
16.06.20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
16.06.20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
16.06.20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Harold Guillermo Peharanda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Sandra Lopez	Odoncologo	Asistencial	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Angela Torres	Asistente de Calidad	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16.06.20	Doris Alba Pregonero	Seguridad	Seg. Generales	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FORMA 003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17.06.20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
17.06.20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
17.06.20	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	
17.06.20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Harold Guillermo Peharanda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Sandra Lopez	Odoncologo	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Angela Torres	Asistente de Calidad	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Doris Alba Pregonero	Seguridad	Seg. Generales	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Gestión Nacional: 01800010303

**VIGILADO**



Ingreso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)												ECGAD003 Versión 2 mar-20 1 DE 1
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
17-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
NO	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
NO	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
12-6-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
NO	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Jandira Lopez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	37,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)												ECGAD003 Versión 2 mar-20 1 DE 1
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
18-06-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-6-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-6-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-6-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18-6-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-6-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-6-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Jandira Lopez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Van Haruetez	M. Familiarista	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Agela Torres	Aux. Salubridad	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Doralba prespota	Gerentes	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corresponsable: 018000910303  
Línea Corresponsable: 018000910303

VIGILADO





Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por evidencia del nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
18.06.20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soledy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	SI	
18.06.20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
18.06.20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17.06.20	Luz	Serv. Generales	Asistencia	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Pedro Arana	Serv. Generales	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Jonathan	Serv. Generales	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Juan Hernandez	M. Familiarista	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
18.06.20	Sandra Evaristo	Obstetra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angelica Torres	Asistente Social	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	

Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por evidencia del nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
19.6.20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
19.6.20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
19.06.20	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
19.6.20	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
14.06.20	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Soledy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
14.06.20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
14.06	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
14.06.20	ANGELICA TORRES	AUX ODONTO	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
 VIGILADO



Selida Lora

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o antivirales	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/legajo	Fatiga y Adormilamiento	¿Trabaja en caso cobrado?	Firma del funcionario
08-06-20	Sandra Lorena Arias Armas	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente Administrativo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Yoz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Soleidy Paola Fonseca Leon	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Laren Litheth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Sandra Alvarez	Asistente	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
08-06-20	Angela Torres	Asistente	Asistencial	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	

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

REPORTE DE TRABAJADORES SINTOMAS COVID -19											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:11:53	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:13:10	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:13:25	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:14:06	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:27:56	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:32:05	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:32:52	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:32:11	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:15:43	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:47:47	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:48:25	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:49:34	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HADIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:36:38	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:40:51	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:41:32	CC	46377485	CUSBA	NUÑEZ	ANA	ZORAIDA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:06:39	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO



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



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:34:30	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:43:14	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:46:32	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:48:09	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 00:23:47	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:21:49	CC	1007449166	CARRERÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:34:13	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:35:51	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:37:06	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:39:18	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:40:02	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/06/2020 15:06:26	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:46:09	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 14:30:47	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 14:34:45	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 14:35:54	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:20:29	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:20:39	CC	1052399313	BETANCUR	BECERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 13:21:46	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 13:27:10	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	EUIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:17:36	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:20:05	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	EUANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 07:25:41	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 17:03:07	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:19:31	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:25:12	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 18:29:53	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 18:30:03	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 08:12:32	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACUPI EPS	JERSALUD SAS	12/06/2020 12:47:06	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 12:57:00	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 12:57:02	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:51:32	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 17:26:57	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 17:27:15	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 17:51:47	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:08:51	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:24:04	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO

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

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



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





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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 20:25:18	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 20:39:11	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/06/2020 15:06:44	TI	1006823768	ORJUOLA	GALLO	KENETH	YULLIANT	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 15:06:53	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 15:08:16	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 08:09:51	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 13:40:28	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 13:45:54	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:31:47	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:35:15	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 16:13:25	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/06/2020 10:32:20	CC	40250253	LOPEZ	TREIOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/06/2020 10:35:04	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/06/2020 10:40:33	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:41:43	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:51:04	TI	1006876280	UMAÑA	PARRADO	LUISA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	12/06/2020 18:51:22	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/06/2020 12:16:15	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:07:20	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/06/2020 10:09:48	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 22:00:35	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 22:01:51	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/06/2020 09:14:07	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 09:25:08	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/06/2020 09:29:08	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/06/2020 12:06:02	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:38:51	CC	1052399313	BETANCUR	BECERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/06/2020 22:14:35	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/06/2020 22:14:43	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/06/2020 22:42:18	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 00:33:23	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/06/2020 18:45:31	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/06/2020 18:58:27	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 19:12:18	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:17:50	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:19:03	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:23:40	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 21:24:32	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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



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



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	12/06/2020 14:37:21	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 15:02:42	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/06/2020 08:36:15	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/06/2020 11:48:11	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/06/2020 12:23:26	CC	35263051	CORDOBA	DUSSAN	JOVANNA	LIZET	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 12:25:46	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 07:51:27	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/06/2020 17:50:19	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/06/2020 14:05:30	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/06/2020 20:50:07	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/06/2020 20:51:03	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/06/2020 21:42:37	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 18:32:23	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/06/2020 15:28:13	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/06/2020 15:46:12	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/06/2020 20:28:06	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/06/2020 06:14:31	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/06/2020 10:58:44	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/06/2020 11:00:10	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/06/2020 11:01:28	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/06/2020 09:06:16	CC	1010201040	RUIZ	TORRES	KELLY	VANESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 09:52:41	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/06/2020 15:30:47	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/06/2020 15:59:17	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/06/2020 13:57:41	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/06/2020 14:07:01	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 16:56:26	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/06/2020 09:48:14	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/06/2020 09:02:51	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/06/2020 08:59:08	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/06/2020 09:42:12	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/06/2020 19:51:19	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/06/2020 22:29:12	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/06/2020 22:48:41	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 00:21:06	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 05:08:26	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/06/2020 19:40:05	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/06/2020 08:49:16	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:26:42	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:28:02	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:28:13	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:29:12	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:29:43	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:29:46	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/06/2020 12:52:22	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:55:42	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:55:51	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/06/2020 08:02:05	CC	1123088758	GONZALEZ	NOVOA	BELKI	NATALY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/06/2020 16:20:20	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 08:26:55	CC	23810177	VASQUEZ	MORENO	BLANCA	NUBIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 08:32:48	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	16/06/2020 08:34:28	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	13/06/2020 12:59:22	CC	40017103	PEDRAZA	VARGAS	MARIA	LUCIA	CUNDINAMARCA	CHIA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/06/2020 06:41:07	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 06:42:53	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:29:14	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/06/2020 11:55:11	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 08:19:03	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 12:39:33	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 12:43:57	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:38:05	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:38:26	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:44:38	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:47:22	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:17:02	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	EUIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:18:57	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:24:20	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:39:39	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/06/2020 22:02:33	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/06/2020 06:56:20	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/06/2020 07:18:42	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:45:35	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:30:40	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:18:39	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:19:33	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:19:52	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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





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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 12:43:58	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/06/2020 12:52:49	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	16/06/2020 12:55:09	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:07:22	CC	1118570378	CEDIEL	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:41:50	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:44:01	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:45:38	CC	53067258	VELASQUEZ	CALDERON	NELSY	PATRICIA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:49:05	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:09:20	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:11:56	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:17:48	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 17:59:45	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:40:50	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:49:44	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:52:48	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 14:53:44	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:53:48	CC	1019069127	ROJAS	MONTERO	DIEGO	ALEJANDRO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:57:11	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:58:17	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:59:15	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	13/06/2020 08:13:19	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:21:27	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:25:34	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 19:37:40	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/06/2020 17:34:45	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 07:47:00	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 18:53:45	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 19:00:18	CC	1049638771	GONZALEZ	ROBLES	GERSSON	DAVID	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:59:17	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:00:09	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:02:28	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:27:35	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:45:42	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:46:00	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 17:28:23	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 17:45:27	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:58:27	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:37:14	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910383

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



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:37:16	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:39:09	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/06/2020 21:50:32	CC	23835203	NIÑO	CHAURA	NANCY		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 09:12:40	CC	1121827319	CASTRO	BELTRAN	MARIAN	GISSELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:14:05	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:14:32	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 17:52:56	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 17:54:43	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:54:59	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:55:15	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 10:51:50	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:00:22	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 11:02:41	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 06:47:36	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 08:06:03	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 12:37:33	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 20:44:21	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:22:38	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 17:14:48	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:49:15	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 10:40:15	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 10:40:16	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 18:37:42	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 18:38:53	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:07:52	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:08:33	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/06/2020 19:59:02	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/06/2020 20:28:28	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 20:36:15	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:38:01	CC	53067258	VELASQUEZ	CALDERON	NELSY	PATRICIA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:55:05	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:42:46	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:44:41	CC	1052399313	BETANCUR	BECERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:47:53	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 23:44:56	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:56:35	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:57:59	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:58:58	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190303  
 Línea de Atención al Usuario: 018000190303

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



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



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



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 19:06:00	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:17:00	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:17:18	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 12:40:03	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/06/2020 15:09:10	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 15:16:47	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 10:03:24	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 10:08:49	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 05:57:26	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 15:51:52	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/06/2020 16:01:12	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 09:36:01	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:25:56	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 08:26:26	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:40:49	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:44:33	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 12:45:43	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 12:46:26	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 12:48:16	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 13:02:18	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:31:02	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:32:34	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:35:58	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:42:23	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:14:37	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:17:36	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 11:07:38	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/06/2020 21:08:06	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:23:24	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:23:44	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 09:53:22	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 17:45:59	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:55:20	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:08:48	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:31:01	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:31:48	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 13:19:13	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 13:38:03	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO

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

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



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





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

ECOOPSOS	JERSALUD SAS	17/06/2020 13:46:56	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 13:51:58	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:58:41	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:10:51	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:17:05	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:18:36	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/06/2020 18:07:11	CC	1121950663	ACUNA	VILLADIEGO	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 18:18:57	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 18:25:13	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 18:38:42	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/06/2020 13:11:21	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 09:02:05	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:13:31	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:15:41	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 16:23:06	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 16:26:17	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	17/06/2020 16:28:45	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:07:18	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	17/06/2020 09:15:27	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 17:08:19	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:23:57	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:24:33	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 17:58:23	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 17:59:19	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 18:01:29	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:41:18	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:30:27	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:34:35	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:36:20	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:43:11	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/06/2020 13:11:22	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:00:32	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:02:37	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:02:43	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 18:40:45	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:47:03	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:50:24	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:52:12	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO



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



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 11:59:25	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 12:11:00	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 12:14:05	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:13:47	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 10:55:45	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/06/2020 10:56:51	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:52:20	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:41:52	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 07:41:05	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOI EPS	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:37:00	CC	1045688991	RODRIGUEZ	ESCOBAR	MARTHA	INES	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:40:20	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:43:35	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 06:53:20	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 06:54:05	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 06:54:15	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 10:31:12	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:26:23	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:28:45	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 12:17:42	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 12:29:03	CC	1122237190	NEIRA	ROJAS	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:54:16	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:54:58	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:54:59	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:55:40	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:02:47	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 16:00:23	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 16:02:00	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 16:03:29	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 19:46:12	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:19:57	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:21:35	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:19:47	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:38:58	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/06/2020 14:39:53	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:01:27	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	18/06/2020 13:58:03	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOI EPS	JERSALUD SAS	17/06/2020 15:19:33	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 08:12:29	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910303

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



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



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



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 13:23:04	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 13:23:38	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:43:08	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:56:21	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:58:21	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:59:48	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 10:00:54	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 10:02:22	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LSBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 10:05:56	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 17:16:35	CC	1120865548	FONSECA	MOSQUERA	JOAN	ADOLFO	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	18/06/2020 07:16:07	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:36:40	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 16:40:07	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 16:46:03	CC	1123403310	GUTIERREZ	HERNANDEZ	KAREN	MELITZA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:54:56	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:55:58	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:57:19	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 15:00:31	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:17:35	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:17:35	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:20:29	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 18:27:25	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLUNDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACIOP EPS	JERSALUD SAS	18/06/2020 15:11:02	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:59:48	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/06/2020 15:19:22	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 15:38:24	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 10:36:55	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 21:24:14	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/06/2020 21:25:18	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/06/2020 22:13:39	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:13:20	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:13:31	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 11:33:31	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 10:48:40	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 14:27:02	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACIOP EPS	JERSALUD SAS	18/06/2020 13:23:54	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 13:25:27	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/06/2020 23:35:40	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

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

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



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





SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 17:36:59	CC	40330585	PEÑALOZA	MORA	SANDRA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 17:48:16	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 17:49:43	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 18:03:46	CC	7180163	LORA	ESCAÑON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/06/2020 16:54:36	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 12:38:27	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 12:38:50	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 12:47:03	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 17:27:38	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 18:39:13	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 18:56:40	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:28:59	CC	1052399313	BETANCUR	BECERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 09:33:23	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/06/2020 19:33:40	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 19:53:49	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/06/2020 20:48:04	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/06/2020 22:55:38	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO

## 6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de bioseguridad



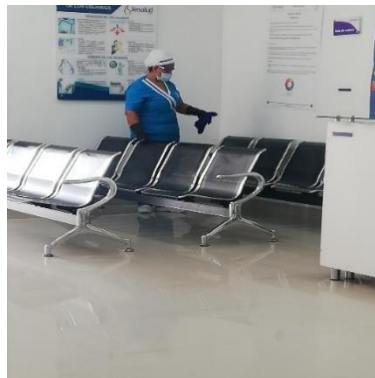
**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910332

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

### 6.1 Inventario EPP

#### 6.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 18 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	200	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 300 TALLA S 500	60	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	150	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M - 500	80	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	300	20	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	250	TALLA M - 400	180	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	200	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	210	TALLA M 800	50	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	120	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA S - 100	50	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	140	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA M 130	30	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	130	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA M 150	30	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	100	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA S - 120	50	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	600	62	0	100	TALLA S = 700 - TALLA M=600	200	100	45

#### 6.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 19 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	9550	13	5	135	180 TALLA M – 181 TALLA S	60	200	18
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	05	10	3	30	35 TALLA M	20	50	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	25	10	3	40	35 TALLA M	35	50	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	50	14	7	48	78 TALLA M	50	60	3
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	53	13	5	45	75 TALLA M	50	60	3






### 6.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JUNIO 19 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	187	16	2	150	23	62	39	5

## 7.2 Proyección adquisición EPP

### 7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

 <b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE CONSUMO</b>		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	ene-19
		CÓDIGO	
		PAGINAS	1 DE 1
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
BOYACA	GUANTES TALLAS	UNIDAD	300
BOYACA	KIT PARA CITOLOGIA	UNIDAD	90
BOYACA	ALCOHOL - GALON	UNIDAD	4
BOYACA	CONOS PARA OTOSCOPIO	UNIDAD	442
BOYACA	ASEPTISINA (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	18
BOYACA	ASEPTIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	18
BOYACA	APLICADORES EN MADERA	UNIDAD	300
BOYACA	TAPABOCAS N 95	UNIDAD	5
BOYACA	CONOS DE OTOSCOPIO (REPETIDO)	UNIDAD	0
BOYACA	SABANAS PARA CAMILLA	UNIDAD	110
BOYACA	GUANTES LATEX TALLAS (REPETIDO)	UNIDAD	1000
BOYACA	GUANTES LATEX TALLA M	UNIDAD	2200
BOYACA	LIDOCAINA EN JALEA AL 2%	UNIDAD	7
BOYACA	LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	UNIDAD	12
BOYACA	ENZIGER GALON	UNIDAD	2
BOYACA	MICROPORRE DE 2 PULGADAS - COLOR PIEL	UNIDAD	2
BOYACA	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	UNIDAD	13
BOYACA	JERINGA POR 5CM	UNIDAD	300
BOYACA	ISOPANEN ANTISEPTICO	UNIDAD	900
BOYACA	GUARDIAN 2,9 LT	UNIDAD	5
BOYACA	BATAS MANGA LARGA	UNIDAD	690
BOYACA	CINTA ALTURA UTERINA	UNIDAD	2
BOYACA	TAPABOCAS CONVENCIONAL	UNIDAD	2500
FIRMAS			
NOMBRE		SOLICITADO POR:	
CARGO			
NOMBRE		APROBADO POR:	
CARGO			

374 8920



**7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta**

	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
--	--

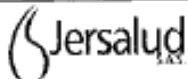
SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/05/2020

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA		
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
11	COMPRESAS	BOLSA	2
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
16	EQUIPO MACROGOTEO	UNIDAD	10
21	FIXIMURT	NA	2
23	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	40
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	5
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	6
39	JERINGAS X 60 CC -CAJA X 20 UNIDADES	CAJA	6
40	JERINGAS X 5CC	CAJA	1
49	TAPA BOCAS	CAJA	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA	15
52	TORUNDAS	PQUETE	1
54	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	20
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	10
66	JABON ANTIBACTERIAL	500 ml	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
70	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
81	SONDA NELATON # 8		200
82	SONDA NELATON # 10		150
83	BURETROL		10
85	BAJALENGUAS PLASTICO	AQUETE X 20 UNIDADES	7
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADUL	TALLA M	15
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M		20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M		20
90	TAPABOCAS N95		20
91	BISOR		4
92	MONOGAFAS		4
93	BROMURO DE IPRATROPIO	SOLUCION PARA INHALACION	3
94	ISOPOS DE MADERA	PAQUETE X20 UN	10

FIRMAS	
SOLICITADO POR	
FIRMA	
NOMBRE	<i>Andrés Torres Echeverri</i>
CARGO	<i>Asistente de farmacia, Atención domiciliar</i>
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	<i>FELICIA CARRERA</i>
CARGO	<i>Asistente Admin</i>
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD


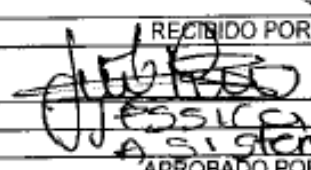


	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 29/05/2020

UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	AGUJA HIPODERMICA 18GX1	CAJA	3
9	BAJA LENGUAS	CAJA 500 UNIDADES	1
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	170
12	CONOS PARA OTOSCOPIO ADULTO	PAQUETE X 34U	5
13	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	PAQUETE X 34 U	10
14	CURAS REDONDAS	CAJA	4
25	GORROS	BOLSA X 100U	11
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	12
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	12
32	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	14
33	GUARDIAN PEQUEÑO	RECOLECTOR	14
34	HOJAS DE BISTURY	CAJA	2
35	JERINGAS X 10CC	CAJA	2
38	JERINGAS X 5CC	CAJA	2
45	SABANAS	90X2	30
47	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	9
48	TAPA BOCAS N95	UNIDAD	100
49	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	5
57	ALCOHOL GALÓN	GALON	6
65	LIDOCAINA AL 1% TAPA VERDE	FRASCO	2
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	2
67	SOLUCION SALINA 0,9% 500ml	BOLSA	20
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	20
71	CIDEX OPA	GALON	2
78	GAFAS	NA	10

FIRMAS	
FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD
CARGO	Enfermera Especialista en Admon. en Salud T.P 50-0190/97 Y S.M.O.S. CARRERAS
FIRMA	
NOMBRE	JESSICA CARBON
CARGO	Asistente Admin.
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comuna Nacional, 010001910002  
**VIGILADO**







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

### Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



Analista SST - Gabriela Gutierrez

Lun 08/06/2020 11:12

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

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

FICHA TECNICA GUANTES DE...  
157 KB

Buen día  
Cordial saludo  
Estimada Asesora Diana Daza ARL Positiva

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

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

Agradezco enormemente su gestión para la llegada de estos.

Cordialmente,



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

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

### LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19



Karen Melo

Jue 11/06/2020 9:51

Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co

CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteTH Jersalud <AsistenteTH.Yopaj@jersalud@outlook.com>

GIPS21 (3).pdf  
690 KB

Buenos días

Señora  
DIANA DAZA  
ARL-POSITIVA

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

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

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

Para las demás serotipos se considera prueba rápida serológica de Anticuerpos IgG/IgM cada mes.

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

GRUPO POBLACIONAL	QUEM REALIZA LA PRUEBA	QUEM CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUEM CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA MOLECULAR
Policía y Fuerzas militares	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Regimen general FFMM - Policía	Regimen general FFMM - Policía
Población privada de la libertad	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Fondo Nacional de Salud de la EPS	Fondo Nacional de Salud de la EPS
Personas adultas mayores de 70 años o más que se atienden en Centros de Largo Placamiento	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial

Página 13 de 31

Una vez descargado este documento se considera copia no controlada.

ASPT/3 Versión 1

GRUPO POBLACIONAL	QUEM REALIZA LA PRUEBA	QUEM CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUEM CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA MOLECULAR
Población habitante de culte	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población migrante en albergues	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población indígena	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial
Otras poblaciones prioritarias por las entidades territoriales	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en alto nivel de riesgo en virtud de su ocupación, por género, interseccionalidad	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en riesgo y personas que han estado en un momento de aislamiento en establecimientos saludables	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	Entidad territorial	Entidad territorial
Trabajadores de la salud	Provedor de Servicios de Salud contratados (públicos o privados)	ARL	ARL

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

¡gracias!

Karen Emilia Melo  
Jefe Administrativa y de Talento Humano  
JERSALUD S.A.S  
3132751800



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  
diana.daza@positiva.gov.co

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>

[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_FB.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg)  
 [https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_TW.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg)  
 [https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_YT.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg)

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



### ACUSE RECIBIDO

**Positiva Compañía de Seguros S.A.**, acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**





## 11. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

### 10.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <piedad.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionesalud.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.**





### 11.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta




### SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

 Coord Calidad - Sandra 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...  
10 MB

 P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...  
694 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 remitidor.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñaloza Mora*  
Enfermera Profesional Calidad  
IPS Jersalud SAS Meta

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

### PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

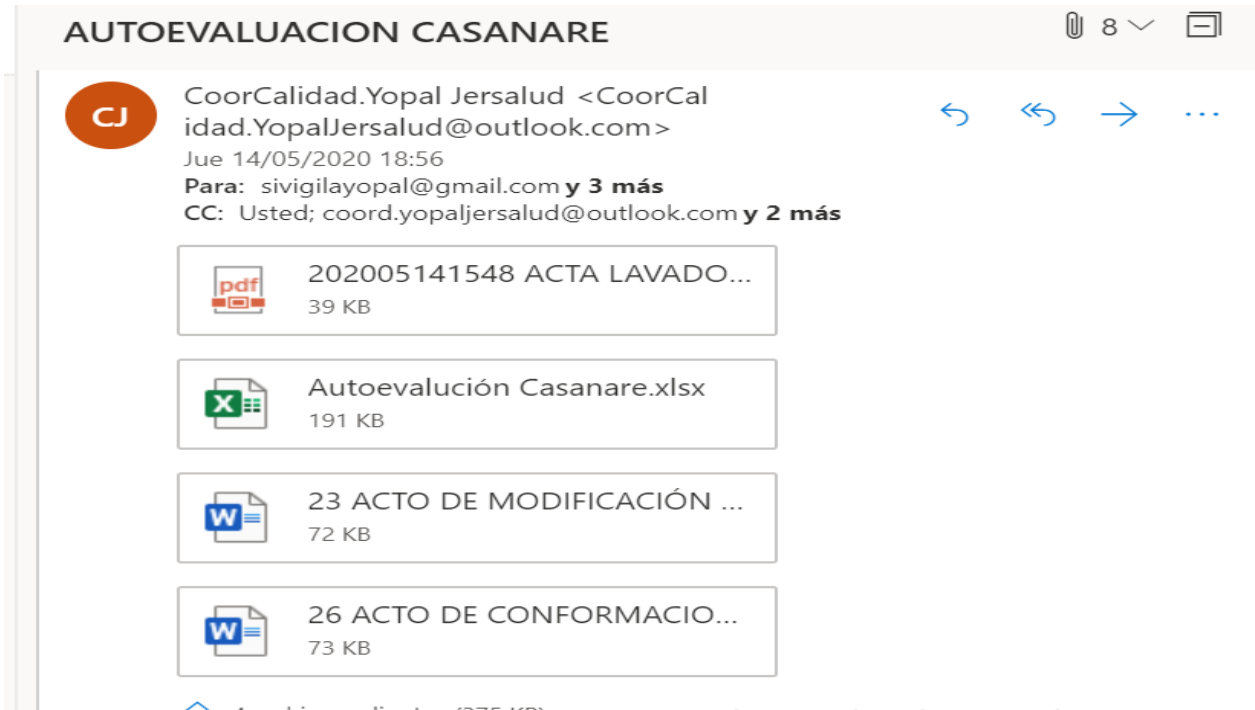
**De:** CoordCalidad.Yopal Jersalud  
**Enviado:** miércoles, 29 de abril de 2020 15:36  
**Para:** regsubsidiado yopal casanare <regsubsidiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>  
**Asunto:** PLAN DE CONTINGENCIA

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

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

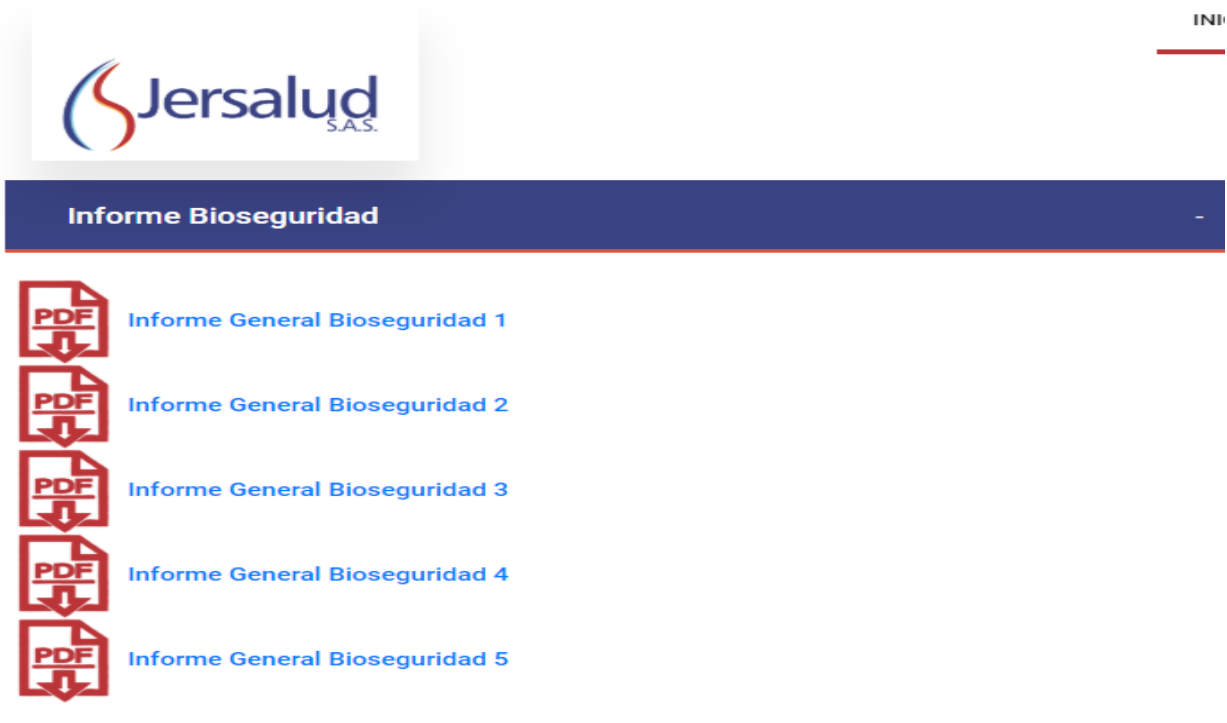
^ Ocultar historial de mensajes





## 12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 8.1 Evidencia publicación informe Bioseguridad en página Web



VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 0180001910333





**8.2 Link de ingreso publicación informe Bioseguridad en pagina web Jersalud S.A.S**

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>



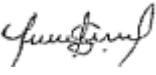

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

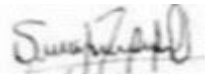


<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

**Aprobación**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	



Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	