

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 3 DE MAYO

**Del 18 al 22 de
Mayo 2020**



1. REUNION COPASST MAYO SEMANA 3 Del 18 AL 22 DE MAYO DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 007 de mayo 2020 semana 3

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

ACTA N° 007 DE 2020					
REUNIÓN EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST			
LUGAR: Jersalud Tunja, Villavicencio y Yopal					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	21	05	20	09:00a.m	09:40a.m
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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

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



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

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

La secretaria del COPASST (Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) la señorita Aura Cristina Londoño 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 #006 de mayo 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
Adquisición de termómetros infrarrojos	Jefes administrativas y de talento humano	20/05/2020	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Orden de compra	100%	



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

Registro de condiciones de salud de los colaboradores	Analistas SST Jefes administrativos y de talento humano Coordinadoras de sede	Diario mientras la contingencia	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	F(GAA)003 Formato de Verificación Diario Estado de Salud de los Trabajadores	100%	
Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID -19	Miembros COPASST Secretaria Comité COPASST	Todos los Viernes durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo con informe de bioseguridad	100%	

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

1. ¿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



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

<p>2. ¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? <i>Evidencia: Órdenes de compra, fichas técnicas de los EPP adquiridos</i></p> <p style="text-align: center;">SI</p>
<p>3. ¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo? <i>Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y nivel de exposición al riesgo.</i></p> <p style="text-align: center;">SI</p>
<p>4. ¿Los EPP se están entregando oportunamente? <i>Evidencia a entregar: Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.</i></p> <p style="text-align: center;">SI</p>
<p>5. ¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido? <i>Evidencia: Base de trabajadores con registro de frecuencia y entrega de los EPP a cada trabajador.</i></p> <p style="text-align: center;">SI</p>
<p>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? <i>Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir</i></p> <p style="text-align: center;">SI</p>
<p>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? <i>Evidencia: Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.</i></p> <p style="text-align: center;">SI</p>



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

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

ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Descargar por plataforma ALISSTA consolidado reporte de condiciones de salud sintomatología COVID 19 de los colaboradores diariamente	Analistas SST	28/05/2020

4.4 Se realiza compromiso de entrega de informe al ministerio de trabajo los días viernes antes de las 5 pm con el fin de no generar incumplimiento y subir a la página WEB el mismo día

4.5 Por parte de ARL Positiva aún no se ha dado respuesta de la entrega de elementos de protección personal, se sigue a la espera de este. Por parte de analista SST Regional meta se reenviará correo con solicitud con el fin de llevar seguimiento.

4.6 Se ha continuado con seguimiento de inspecciones sobre uso de elementos de protección en el cual se realiza abordaje para las personas que realicen uso incorrecto de este y se corrige la acción inmediatamente, en caso que se presente el caso de un colaborador que es reincidente con el uso incorrecto de elementos de protección personal se llevara proceso disciplinario según lo indica el procedimiento por parte del área de talento humano

4.7 En las tres regionales (Meta, Casanare y Boyacá) ya se realizó compra de termómetros infrarrojos para todas las sedes, lo cual se llevará control diario de la temperatura de todos los funcionarios el cual será registrado tanto en plataforma ALISSTA como en el formato interno Formato de verificación diario del estado de salud de los trabajadores

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



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

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Descargar reporte condiciones de salud sintomatología COVID 19 plataforma ALISSTA	Analistas SST	Todos los jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Reporte informe plataforma ALISSTA	
Enviar informe a Ministerio de trabajo sobre medidas de bioseguridad COVID -19	Miembros COPASST Secretaria Comité COPASST	Todos los Viernes durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	Evidencia envío correo a Ministerio de trabajo con informe de bioseguridad	
Realizar reunión semanal COPASST durante el tiempo que dure la emergencia COVID-19	Analistas SST	Todos los jueves durante el tiempo de emergencia COVID -19	Jersalud Boyacá, Meta y Casanare	F(GC) 002 Formato acta de reuniones	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA
Emergencia por COVID 19	Miembros COPASST	Semanalmente todos los jueves durante duración de emergencia por COVID -19

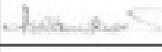
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADOS DE ASISTENCIA FIRMADOS F(GI)012 FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		



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

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FIGURA 2
		Versión: 1
		Oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 007 de 2020					
FECHA: 21/05/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.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 admn y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24218746	Sonia Yaneth Ruiz Garcia	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FRG0012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 006 de 2020			
FECHA: 21/05/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:
	Karen Emilia Melo		

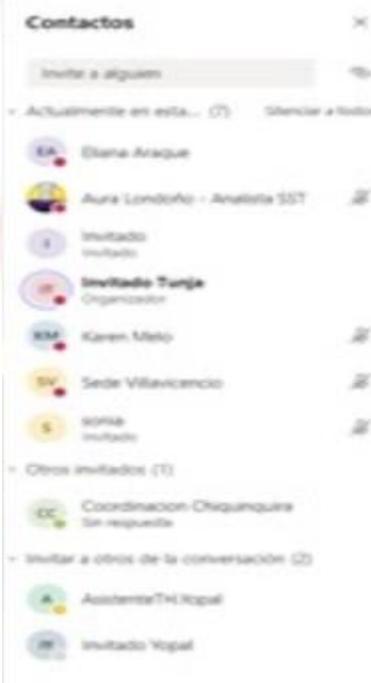
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121826625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermeria Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Salud Ocupacional
 Oficina de Asesoría Jurídica
 Oficina de Asesoría Técnica
 Oficina de Asesoría Social
 Oficina de Asesoría Ambiental
 Oficina de Asesoría de Gestión
 Oficina de Asesoría de Planeación
 Oficina de Asesoría de Evaluación
 Oficina de Asesoría de Control
 Oficina de Asesoría de Seguimiento
 Oficina de Asesoría de Monitoreo
 Oficina de Asesoría de Medición
 Oficina de Asesoría de Verificación
 Oficina de Asesoría de Validación
 Oficina de Asesoría de Acreditación
 Oficina de Asesoría de Certificación
 Oficina de Asesoría de Reconocimiento
 Oficina de Asesoría de Mantenimiento
 Oficina de Asesoría de Mejora Continua
 Oficina de Asesoría de Innovación
 Oficina de Asesoría de Transferencia de Tecnología
 Oficina de Asesoría de Promoción de la Salud
 Oficina de Asesoría de Prevención de Riesgos
 Oficina de Asesoría de Protección del Medio Ambiente
 Oficina de Asesoría de Gestión de la Calidad
 Oficina de Asesoría de Gestión de la Información
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Humanos
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Económicos
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Materiales
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Tecnológicos
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Culturales
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Sociales
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Políticos
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Legales
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Éticos
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Morales
 Oficina de Asesoría de Gestión de los Recursos Espirituales

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



1.2 Registro Fotográfico Acta de COPASST Mayo Semana 3



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	TUNJA	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 BALLE	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	33369727		SILVIA HERRERA HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
24	CC	40048087		DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
25	CC	1020752786		DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
26	CC	1052314070		JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	NALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
27	CC	46366015		ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
28	CC	1049628122		GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
29	CC	53067258		NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
30	CC	52963532		MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
31	CC	46672428		LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
32	CC	1049616557		MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
33	CC	40038562		MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
34	CC	72205029		JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
35	CC	74370203		JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
36	CC	46378245		SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
37	CC	40036857		LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
38	CC	33367367		GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
39	CC	40027046		LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
40	CC	46361131		CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
41	CC	24167247		ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
42	CC	79536444		LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
43	CC	23323980		NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
44	CC	74369909		CARLOS FRANCISCO ESTUPIÑAN SEPULVEDA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
45	CC	1082896913		ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
46	CC	9530770		CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
47	CC	91244699		OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
48	CC	63362434		MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
49	CC	1124023697		JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
50	CC	32775986		ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
51	CC	1053338976		LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
52	CC	23324561		YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
53	CC	7180163		JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
54	CC	9396880		GIOVANNI FRANCISCO RODRIGUEZ SALAMANCA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
55	CC	1073380836		GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
56	CC	1049615437		JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
57	CC	1049647500		GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
58	CC	63529281		IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
59	CC	1054658729		ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
60	CC	1057411768		KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
61	CC	40039607		FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
62	CC	1049638771		GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
63	CC	40044574		DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
64	CC	1049799152		NIYRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
65	CC	33676746		MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
66	CC	1049631798		DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
67	CC	1090415369		LUZ KARINA SALAZAR GRISALES	NUTRICIONISTA	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
68	CC	1049629216		KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
69	CC	1120865548		JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
70	C.E	531407		ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
71	CC	40017303		MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
72	CC	1140868607		MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
73	CC	1049614089		SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
74	CC	1049632802		MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
75	CC	1057585417		DEISY YAMILLE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
76	CC	1019069127		DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
77	CC	1045725343		MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
78	CC	1049642865		CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUNPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
79	CC	1049632618		LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
80	CC	80258638		JOSE LUIS JIMENEZ PINEDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
81	CC	46377485		ANA ZORAIDA CUSBA NUÑEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	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	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AJURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUNTES	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 CLAVIJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA



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



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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

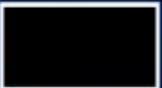
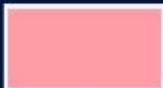
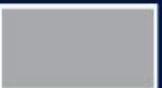
Las Telas Desechables se han convertido en una necesidad para sectores como la medicina, la estética y la construcción y en una alternativa para productos publicitarios así como prendas de vestir.

Usos

- Vestidos e implementos para uso médico quirúrgico
- Ropa y elementos para uso odontológico y estético
- Bolsas publicitarias reutilizables
- Industria colchonera y almohedas
- 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 esta formado por filamentos continuos y no por fibras cortas, como los sistemas tradicionales de producción.

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

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



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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800070360



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



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA

Copia Controlada

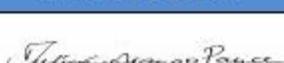
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: 01 (800) 919332
 Fax: 01 (01) 2611332
VIGILADO





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

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

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRÍA	 JULIANA ARANGO PONCE

Copia Controlada

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: (57) 01 2600910332

VIGILADO



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





PARAMETROS TÉCNICOS

1. Parámetro básico

Muestra el número básico	0.1 C° (0.1F°)
Temperatura de almacenamiento	-20-55 C°
Ambiente de funcionamiento La mejor temperatura	10C° - 40C° Temperatura optima 25C°
Humedad relativa	≤85%
Poder	DC 3V (2 baterías AA en serie)
Dimensión	149x77x43mm

2. Rango de medida

Rango de distancia	32.0 – 42.0°C
Distancia de medida optima	3-5cm
Apagado automático	15

3. Precisión de medida

32~42°C (89.6~107.6°F)	±0.2°C(0.4°F)
------------------------	---------------

4. Vida de servicio

La vida de servicio del producto es 40,000 veces.

Garantía: 2 años

N° de referencia del producto: 20200408

Fecha de Fabricante: 20200408

Fecha de caducidad: 20220407



Fabricante: hunan yinghe kangyuan biological engineering co., LTD
 Dirección de producción: edificio 16, taller normalizado, fase 3, parque industrial de Junshan, distrito de Junshan, ciudad de Yueyang, provincia de Hunan
 Certificado de registro de dispositivo médico no.: Permiso de registro de instrumento Xiang 20202070418
 Requisitos técnicos del producto no.: Xiang máquina nota precisa 20202070418
 Licencia no.: licencia de producción de la administración de alimentos y drogas de xiangshi no. 20200009



3.2 Cotizaciones y órdenes de compra
3.2.1 Órdenes de compra Regional Boyacá

ITEM		SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	LANCETAS PARA MUESTRAS DE SANGRE, MARCA MEDPOINT CAJA X 200 UNIDADES	8	\$ 22.005	\$ 176.040	
2	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	GASA PRECORTADA ESTERIL de 3" x 3" (7.5 x 7.5 cm) sobre por 2 und., VITALMED. Presentación: caja por 50 sobras	8	\$ 9.585	\$ 76.680	
3	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	HOJAS DE BISTURI N° 10 CAJA X 100 UND	2	\$ 35.150	\$ 70.300	
4	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	GORROS DESECHABLES TIPO ORUGA POT X 100 UND	3	\$ 18.000	\$ 54.000	
5	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	SERINGA DESECHABLE de 5 cc., con aguja (tres partes), esteril. VITALMED. Presentación: caja x 100 unidades	3	\$ 19.305	\$ 57.915	
6	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	APLICADORES DE MADERA CON ALGODÓN PQ X 1000 UNDS	8	\$ 26.750	\$ 214.000	
7	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	SABANAS PARA CAMILLA PAQUETE X 10 UNDS	22	\$ 33.800	\$ 743.600	
8	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	SATA PACIENTE MANGA LARGA PQ X 10 UNDS	22	\$ 75.500	\$ 1.727.000	
9	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	CINTA-METRICA OBSTÉTRICA (ALTURA UTERINA) DE 50 CMS MARCA: KRAMER DE 50 CMS	1	\$ 4.334	\$ 4.334	
10	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	TAPABOCAS CONVENCIONAL FABRICACION NACIONAL PQ X 50 UNIDADES	18	\$ 40.500	\$ 729.000	
Detalle por sucursal							Subtotal gravado	\$ 3.860.988
N/A							EXCENTO DE IVA	
							IVA 5%	
							IVA 19%	\$ 733.685
							TOTAL A PAGAR	\$ 4.594.673

CONDICIONES GENERALES			
Forma de Pago:	CONTADO	TRENTA DIAS	SESENTA DIAS
Moneda:	PESOS COLOMB.	DOLARES	EUROS
TIEMPO A UTILIZAR			
GARANTIA			

FIRMA 1 DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA
 NOMBRE: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA
 CARGO: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO

DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:
 ELABORO: JOANA BOSIGAS CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA TELEFONO: 3219159617

CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA	
1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO
2	DECLARACION DE IMPORTACION
3	ACTA DE ENTREGA O REMISION POR PARTE DEL PROVEEDOR
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y METROLOGIA
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO
13	FOFRA TECNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL
14	FACTURA DE VENTA
15	CERTIFICADO DE FABRICACION NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACION DEL FABRICANTE
16	CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
17	CERTIFICADO DE METROLOGIA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
18	CERTIFICADO DE GARANTIA
19	CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
20	REGISTRO DE CAPACITACION
21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS
22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFONICO Y PERSONAL ENCARGADO DE FALLAS
23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACION SEGUN FABRICANTE

Favor anexas esta orden de compra y servicios a la factura o cuenta de cobro



Jersalud S.A.S.		FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS				FIGA003	
						Versión: 01	
						may-20	
						Página 1 de 1	
Tipo de Orden: Compra		X		Fecha: 19/05/2020			
Servicios				Consecutivo No. 0174			
Otro				Cual:			
Cotización: C-1-348							
Proveedor: SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS		MIT: 901.222.881-7		Teléfono: 3213886507			
CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	5	\$ 2.300	\$ 11.500
2	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X 50 PAR	6	\$ 20.000	\$ 120.000
3	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	7	\$ 4.178	\$ 29.246
4	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	MICROPORÉ PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	6	\$ 4.800	\$ 28.800
5	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	ESPEJULO FOTOSCOPICO (DESECHABLE ADULTO) x 34	18	\$ 6.891	\$ 124.038
6	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	18	\$ 65.000	\$ 1.170.000
7	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP BLANCO	55	\$ 20.000	\$ 1.100.000
8	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	CINTA METRICA UND GMD	8	\$ 4.302	\$ 33.614
9	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISO PAR	50	\$ 1.300	\$ 65.000
Detalle por sucursal						Subtotal gravado	\$ 2.682.191
IVA						EXCENTO DE IVA	
						IVA 5%	
						IVA 19%	
						TOTAL A PAGAR	\$ 2.682.191
CONDICIONES GENERALES							
Tiempo de Entrega:	INMEDIATA	TRENTA DIAS	SESENTA DIAS	OTRO			
Forma de Pago:	CONTADO	TRENTA DIAS	SESENTA DIAS	OTRO			
Moneda:	PESOS COLOMB.	DOLARES	EUROS	OTRO			
TRM A UTILIZAR							
GARANTIA							
FIRMA 1 DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA							
NOMBRE: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA							
CARGO: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO							
DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:							
ELABORO: JOANA BOSIGAS		CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA		TELÉFONO: 3219159617			
CLÁUSULA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA							
El VENDEDOR se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consagra en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes sanciones:							
1. En caso que la compra se realice en divisas o moneda internacional se mantendrá el valor de dicha divisa o moneda según lo pactado en la negociación.							
2. El pago de los perjuicios ocasionados a JERSALUD S.A.S que se taxan en un 10% del valor total de la compra.							
3. Se permite a la JERSALUD S.A.S declarar fallida la compra, por incumplimiento del vendedor, permitiéndole dar por terminada o cancelada la orden de compra sin lugar a pago alguno al vendedor.							
JERSALUD S.A.S informa por escrito al VENDEDOR cuales de las sanciones aplicará. La presente orden de compra presta merito ejecutivo.							
4. En caso de compra de Activos Fijos se debe anejar la siguiente documentación a que tenga lugar, la cual se deberán radicar en el momento de la entrega del activo. De igual forma se aclara que la no radicación de la documentación detendrá el proceso administrativo de la factura para su correspondiente pago.							
1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL	14	FACTURA DE VENTA	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
2	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	16	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA	17	CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA
3	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO	20	REGISTRO DE CAPACITACIÓN	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS	23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN SEGÚN FABRICANTE		
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO						
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO						
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS						
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO						
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN						
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA						
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO						
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO						
Favor anejar esta orden de compra y servicios a la factura o cuenta de cobro							

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Mayo**
 3.2.2 Orden de compra Regional Meta



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS		Fig:04/003
			Version: 01
			rev: 10
			Página 1 de 1

Tipo de Orden:		Cargos:		Fecha:	
		<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		12/09/2020	
Colificación:		Servicios:		Concepto No.:	
1-348				8529-48	
Proveedor:		Cual:		Telefono:	
SOMFAMECO		NIT: 901228417		311 9991774	

ORDEN DE COMPRA						VALORES	
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCION ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ASISTENCIAL	UND	LABOR ANTIBACTERIAL X TARRO 500 ML	20	15.500	310.000
2	META	ASISTENCIAL	UND	DEL. ANTIBACTERIAL X TARRO 500 ML	20	13.500	270.000
3	META	ASISTENCIAL	CAJA X 10 UND	CRITA MICROPORO 2" CAJA X 6 UNIDADES	6	4.600	27.600
4	META	ASISTENCIAL	CAJA X 100	GUANTES DE MANEJO TALLA S CAJA	50	20.000	1.000.000
5	META	ASISTENCIAL	POT X 8 UND X 24 SOBRES	BASAS ESTERILES PAQUETE X 20 PAQUETES	950	450	427.500
7	META	ASISTENCIAL	UND	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE X 100 cc	20	3.100	62.000
8	META	ASISTENCIAL	UND	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION INYECTABLE X 100cc	10	2.300	23.000
9	META	ASISTENCIAL	UND	SONDAS NELATON # 6	170	600	102.000
10	META	ASISTENCIAL	UND	SONDAS NELATON # 10	100	600	60.000
11	META	ASISTENCIAL	CAJA	JERINGA PUNTA CATETER DE 40 CC. CAJA X 25	0	31.500	189.000
12	META	ASISTENCIAL	UND	EQUIPO DE MACROGOTEO	12	1.000	12.000
13	META	ASISTENCIAL	UND	BURETA EN ACETATO UND	10	4.500	45.000
14	META	ASISTENCIAL	PAQUETE	BALNEOS PLASTICOS PAD X 50	3	11.465	34.395
15	META	ASISTENCIAL	UND	MASCARA PARA MICROREBILITACION ADULTO TALLA M	10	4.700	47.000
16	META	ASISTENCIAL	UND	ALCOHOL X 300 ML	20	15.500	310.000
17	META	ASISTENCIAL	UND	ESPEJULOS CON RIT TALLA M	15	1.900	28.500
18	META	ASISTENCIAL	CAJA X 50	TRIAS DE GLUCOMETRIA	5	56.000	280.000
19	META	ASISTENCIAL	UND	MONOGAFAS	45	6.500	292.500
20	META	ASISTENCIAL	UND	TAPE PARA DESINFECTACION	6	170.000	1.020.000
21	META	ASISTENCIAL	UND	CARETAS	40	24.000	960.000
						Subtotal gravado	62.905
						IMPORTE DE IVA	6.775.105
						IVA 10%	15.961
						TOTAL A PAGAR	8.843.971

CONDICIONES DE ENTREGA:

Tiempo de Entrega: INMEDIATA TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO: _____

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS SESENTA DIAS OTRO: _____

Moneda: DOLARES EURO OTRO: _____

TERMINAL AUTORIZADA

PRIMA Y DE QUEM AUTORIZA LA COMPRA

NOMBRE: DANDY LORENA DUARTE

CARGO: GERENTE GENERAL

LABORAR: JESSICA CARON CARGO ASISTENTE TELEFONO 3113700 ADMINISTRATIVO 40

DECLARACION DE QUEM PRESENTA EL PEDIDO DE COMPRA

DECLARACION: Yo, el suscrito, declaro que el caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en la presente orden de compra, cursará con las siguientes sanciones:

1. FOLIA DE VIDA DEL EQUIPO	11. FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL.
2. DECLARACION DE IMPORTACION	12. FACTURA DE VENTA
3. ACTA DE ENTREGA O REMISION POR PARTE DEL PROVEEDOR	13. CERTIFICADO DE FABRICACION NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACION DEL FABRICANTE
4. POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	14. CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA

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



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRA Y SERVICIO	FYSA(00)
		Version: 01
		pag: 10
		Page: 1 de 1

Fecha: 12/05/2020
 Tipo de Orden: Compra X
 Servicio
 Otro OMI

Cédula: C-1-348
 Proveedor: SURFAMEDIC S.A.S. NIT: 90122881-7 Teléfono: 311 8907173

ITEM	BUCURIA	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCION ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	META	ASISTENCIAL	UNO	TERMOMETRO INFRARROJO YHOY-2000	1	485.000	2.810.000
2	META	AGISTENCIAL	CAJA X 50 UNO	SABONCES NACIONAL CAJA X 50 UNO	90	55.000	5.670.000
						Subtotal gravado	\$ 8.580.000
						IGRANTO DE IVA	
						IVA 19%	
						TOTAL A PAGAR	\$ 8.880.000

CONDICIONES GENERALES

Tiempo de Entrega: INMEDIATA TREINTA DIAS X CINCUENTA DIAS OTRO:

Forma de Pago: CONTADO TREINTA DIAS X CINCUENTA DIAS OTRO:

Moneda: DOLARES X OTROS:

FIRMA A UTILIZAR
 GARANTIA

FIRMA Y DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA
 NOMBRE: CANDY LOBENA SALARTE
 CARGO: GERENTE GENERAL

DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA:
 ELABORO: JESSICA GARCIA CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO TELEFONO: 31137290

DECLARACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE COMPRA

El VENDEDOR se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes sanciones:

1. En caso que la entrega se realice en fechas o horarios posteriores se restará el valor de dicho día o días de acuerdo según lo pactado en la respectiva:

1. FICHA DE VIDA DEL EQUIPO	11. FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL
2. DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	12. FACTURA DE VENTA
3. ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	13. CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
4. POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	14. CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5. REGISTRO INYMA DEL EQUIPO	15. CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6. FICHA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	16. CERTIFICADO DE GARANTÍA
7. REGISTRO INYMA DE LOS INGENIEROS	17. CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
8. PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	18. REGISTRO DE CAPACITACIÓN
9. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	19. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS
10. CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA	20. CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS
11. MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	21. CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN SEGÚN FABRICANTE
12. MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVIDOR EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Colombia Nacional: 01800010303
VIGILADO





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

Cotización
No. C-1-341

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

ELABORADA POR SINGO S.A.S. NT 830048 145-8

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	J-1564	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	<u>Ver</u>	30.00	10,500.00	315,000.00
2	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	<u>Ver</u>	30.00	13,500.00	405,000.00
3	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	<u>Ver</u>	6.00	5,600.00	33,600.00
4	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	<u>Ver</u>	960.00	450.00	432,000.00
5	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	<u>Ver</u>	170.00	800.00	136,000.00
6	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	<u>Ver</u>	150.00	800.00	120,000.00
7	EQ-1356	JERINGA 60 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	<u>Ver</u>	6.00	31,500.00	189,000.00
8	10101	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	<u>Ver</u>	10.00	3,500.00	35,000.00
9	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<u>Ver</u>	10.00	4,700.00	47,000.00
10	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<u>Ver</u>	10.00	2,300.00	23,000.00
11	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<u>Ver</u>	20.00	3,100.00	62,000.00
12	EQVEMEMA	MACROGOTE SIN AGUJA MEDISPO 10G	<u>Ver</u>	10.00	1,000.00	10,000.00
13	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<u>Ver</u>	50.00	20,000.00	1,000,000.00
14	PT369	SUPER KIT CITOLÓGICO M (PAR GUANTE,ESPEC)	<u>Ver</u>	15.00	1,900.00	33,915.00
15	0285213	TAPETE PARA DESINFECCIÓN	<u>Ver</u>	6.00	170,000.00	1,020,000.00
16	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	<u>Ver</u>	3.00	11,484.60	41,000.00
17	E-0075101	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML	<u>Ver</u>	20.00	10,500.00	210,000.00
18	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUQUICK X50	<u>Ver</u>	5.00	55,000.00	275,000.00
19	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<u>Ver</u>	45.00	8,500.00	382,500.00
20	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	<u>Ver</u>	45.00	24,000.00	1,080,000.00
Total Bruto						5,838,054.00

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





SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta

Nº: 2125

Cliente: JERSALUD SAS
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 5618123
Dirección: CALLE 32 SUR N° 22- 10
Ciudad: Bogotá - Colombia
Correo:

Fecha de factura: 2020-05-12
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización: C-1-341

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	J-1594	JABON ANTIBACTERIAL X 500 ML NAL	30.00	10,500.00	0 %	0 %	315,000.00
2	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	30.00	13,500.00	0 %	0 %	405,000.00
3	EQ0642439	MICROPORE PIEL 2"x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	6.00	5,600.00	0 %	0 %	33,600.00
4	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS) UNIDAD MEDE	170.00	800.00	0 %	0 %	136,000.00
5	LENEL10	SONDA NELATON No. 10 SHERLEG	150.00	800.00	0 %	0 %	120,000.00
6	EQ-1358	JERINGA 80 ML PUNTA CATETER CAJA X 25 UNIDADES	6.00	31,500.00	0 %	0 %	189,000.00
7	10101	BURETA EN ACETATO UNIDAD GOTHAPLAST	10.00	3,500.00	0 %	0 %	35,000.00
8	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	10.00	4,700.00	0 %	0 %	47,000.00
9	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	10.00	2,300.00	0 %	0 %	23,000.00
10	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	20.00	3,100.00	0 %	0 %	62,000.00
11	EQMEMEMA	MACROGOTEO SIN AGUJA MEDISPO 10G	10.00	1,000.00	0 %	0 %	10,000.00
12	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	50.00	20,000.00	0 %	0 %	1,000,000.00
13	PT369	SUPER KIT OTOLÓGICO M (PAR GUANTE,ESPEC)	15.00	1,900.00	19 %	0 %	33,815.00
14	0285213	TAPETE PARA DESINFECCIÓN	6.00	170,000.00	0 %	0 %	1,020,000.00
15	DISTR-256	BAJALINGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	3.00	11,484.60	19 %	0 %	41,000.00
16	E-0075101	ALCOHOL ANTISEPTICO 700 ML	20.00	10,500.00	0 %	0 %	210,000.00
17	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	5.00	55,000.00	0 %	0 %	275,000.00
18	EPQAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	45.00	8,500.00	0 %	0 %	382,500.00
19	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	45.00	24,000.00	0 %	0 %	1,080,000.00
20	DLSZD20180629	GASA ESTERIL 3"x3"5 UNIDAD CUREBAND	960.00	450.00	0 %	0 %	432,000.00

Valor en Letras:

Cinco millones ochocientos cincuenta mil quince pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-07-11 por \$ 5,850,015.00

Total Bruto 5,838,054.00
IVA 19% 11,961.00
Total a Pagar 5,850,015.00

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

SUMFAMEDIC S.A.S.
Barranquilla - Cúcuta y Simón Bolívar
NIT 901222681-7
Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila

Jersalud
900.622.551-0 S.A.S.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18753095570383 aprobado en 20200424 grajfo desde el número 2951 al 5000 Vigencia:

18
Removible de RM - Actividad Económica 269 Comercio al por menor de productos

Elaborado por

Firma recibida

15-05-20

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Colombia Neiva 018000910302
VIGILADO





ADMINISTRACIÓN FARMACÉUTICA MEDICOQUIRÚRGICA DE
 COLOMBIA SAS
 NIT 901.222.881-7

Calle 9 No. 14-58
 8748246
 Neiva - Colombia
 sumfamedic@hotmail.com

Factura de venta

Nº: 2126

Cliente: JERSALUD SAS
 Nit: 900.622.551-0
 Teléfono: 5618123
 Dirección: CALLE 32 SUR N° 22- 10
 Ciudad: Bogotá - Colombia
 Correo:

Fecha de factura: 2020-05-12
 Vendedor:
 Centro de costo: 0
 Cotización: C-1-349

Item	Código	Descripción	Cantidad	V. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	YMKY200	TERMÓMETRO INFRARROJO YMKY-2000	6.00	485,000.00	0 %	0 %	2,910,000.00
2	58854	TAPAROCAS NACIONAL CAJA X 50 UNDS	90.00	83,000.00	0 %	0 %	5,670,000.00

ELABORADA POR SIBEO S.A.S. MIT 530 048 146-8

Valor en Letras:
 Ocho millones quinientos ochenta mil pesos m/cte

Condiciones de Pago: Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-06-11 por	\$ 8,580,000.00	Total Bruto	8,580,000.00
		Total a Pagar	8,580,000.00

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



[Handwritten Signature]
 Firma recibida

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1291 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200424 prefigo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18
 Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos-Tarifa 3,5

Elaborado por

15-05-20

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Colombia Nacional: 01800010303
VIGILADO





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

Cotización
 No. C-1-349

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-05-12

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	YHKY200	TERMÓMETRO INFRARROJO YHKY-2000	<u>Ver</u>	6.00	485,000.00	2,910,000.00
2	58654	TAPABOCAS NACIONAL CAJA X 50 UNDS	<u>Ver</u>	90.00	63,000.00	5,670,000.00
Total Bruto						8,580,000.00
Subtotal						8,580,000.00
Total a Pagar						8,580,000.00

ELABORADA POR SIFGO S.A.S. NIT 830 048 145-9

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 8, Corrala Nacional, 0100010303



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
 Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Mayo**
 3.2.3 Orden de compra Regional Casanare



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS	F(GD)003
		Versión: 01
		nov-18
		Página 1 de 1

Tipo de Orden: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Compra</td><td align="center"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Servicios</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otro</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Compra	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Fecha: 21/05/2020
Compra	<input checked="" type="checkbox"/>							
Servicios	<input type="checkbox"/>							
Otro	<input type="checkbox"/>							
Cotización: C-1-353	Consecutivo No.: 017-20	Cuel:						
Proveedor: SUMFAMEDIC	NIT: 901.222.681-7	Teléfono: 8745246						

CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	BAJALENGUAS *20 UN	0	\$ 1.200	\$ -
2	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	VENDA ELASTICA 5*5	2	\$ 2.700	\$ 5.400
3	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	SABANAS AZUL CON CAUCHO 2*1	0	\$ 2.300	\$ -
4	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	BATAS DESECHABLE MEDICO CON MANGAS	50	\$ 8.500	\$ 425.000
5	YOPAL	Coordinación Administrativa	GALON	ALCOHOL	1	\$ 48.000	\$ 48.000
6	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	PRESERVATIVOS *60 UN	2	\$ 35.000	\$ 70.000
7	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	CONOS PARA OTOSCOPIO * 20 UNI	3	\$ 6.500	\$ 19.500
8	YOPAL	Coordinación Administrativa	CAJA	JERINGA DE 3 CM	100	\$ 155	\$ 15.500
9	YOPAL	Coordinación Administrativa	CAJAX100U	JERINGA 5 CC	100	\$ 183,87	\$ 18.387
10	YOPAL	Coordinación Administrativa	FRASCO	EUCIDA ADVANCE 750 ML	1	\$ 45.000	\$ 45.000
11	YOPAL	Coordinación Administrativa	CAJA	CUREBANDS LARGAS*100	1	\$ 3.900	\$ 3.900
12	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	GORRO TIPO ORUGA AZUL PAQ* 100 UNIDADES	1	\$ 28.000	\$ 28.000
13	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	PRESERVAT	0	\$ 474	\$ -
14	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	GAFAS- MONOGAFAS	0	\$ 6.303	\$ -
						Subtotal gravado	\$ 674.687
						EXCENTO DE IVA	
						IVA 5%	
						IVA 19%	\$ 96.480
						TOTAL A PAGAR	\$ 771.167

CONDICIONES GENERALES

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

www.jersalud.com



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



3.3 Actas de entrega Regional Boyacá

	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS					FIGURA 4	
						Nº-19	
						Versión: 1	
						Página: 1 de 1	
SUCURSAL <u>TUNJA</u>			FECHA <u>18/05/2020</u>				
FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS							
Tipo de movimiento		<input checked="" type="checkbox"/> Personalización por entrega inicial de activo fijo <input type="checkbox"/> Traslado Externo (a otra área o servicio) <input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma área o servicio)			<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento <input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos Fijos para baja por daño o obsolescencia		Consecutivo Nº 0067 Captura Activos Fijos
Área o servicio origen (Entrega) Responsable actual: <u>ERDYA JOHANA BOSIGAS AGÜERO</u> Documento de Identidad No.: <u>1.052.403.498</u> Ubicación o servicio: <u>ASISTENTE ADMINISTRATIVA</u>			Área o servicio origen (Recibe) Responsable actual: <u>LEIDY JOHANA BUITRAGO SANABRIA</u> Documento de Identidad No.: <u>1.053.338.974</u> Ubicación o servicio: <u>COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE - CHEQUENQUIRA</u>				
Información básica de los activos fijos							
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en guiones)	Inspección y Destilación	
1	INFRARED THERMOMETER (TERMOMETRO INFRAROJO)	N/A	YHXY	YHXY-2000	N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple	
2						<input type="checkbox"/> Cumple	
3						<input type="checkbox"/> Cumple	
4						<input type="checkbox"/> Cumple	
5						<input type="checkbox"/> Cumple	
6						<input type="checkbox"/> Cumple	
7						<input type="checkbox"/> Cumple	
8						<input type="checkbox"/> Cumple	
9						<input type="checkbox"/> Cumple	
10						<input type="checkbox"/> Cumple	
Total de activos		1					
Observaciones							
SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESCUIDO, NEGLIGENCIA, O DOLIO, ASÍ MISMO SERÁ RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA.							
Firma Área o servicio de origen (Entrega)		Firma de Activos fijos		Firma Área o servicio que recibe (Recibe)			
Firma y abn. responsable dependencia actual		V. Activos Fijos		Firma y abn. responsable destino (Recibe)			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019333
 VIGILADO



	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS					FIGA/014	
						Mi-19	
						Versión: 1	
						Página 1 de 1	
SUCURSAL <u>TUNJA</u>			FECHA <u>18/05/2020</u>				
FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS							
Tipo de movimiento		<input checked="" type="checkbox"/> Personalización por entrega inicial de activo fijo <input type="checkbox"/> Traslado Externo (a otra área o servicio) <input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma área o servicio)			<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento <input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos fijos para ser por daño u obsolescencia		
					Consecutivo N° 0066 Captura Activos Fijos		
Área o servicio origen (Entrega)				Área o servicio origen (Recibe)			
Responsable actual		ERIKA JONNA BOGIGAS AGUIERO		Responsable actual		GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUN	
Documento de Identidad No.		1.052.403.488		Documento de Identidad No.		1.046.628.122	
Ubicación o servicio		ASISTENTE ADMINISTRATIVA		Ubicación o servicio			COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE - DUITAMA
Información básica de los activos fijos							
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en equipos)	Condición y Disponibilidad	
1	INFRARED THERMOMETER (TERMOMETRO INFRAROJO)	N/A	YHXY	YHXY-2000	N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple	
2						<input type="checkbox"/> Cumple	
3						<input type="checkbox"/> Cumple	
4						<input type="checkbox"/> Cumple	
5						<input type="checkbox"/> Cumple	
6						<input type="checkbox"/> Cumple	
7						<input type="checkbox"/> Cumple	
8						<input type="checkbox"/> Cumple	
9						<input type="checkbox"/> Cumple	
10						<input type="checkbox"/> Cumple	
Total de activos							
Observaciones							
SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESCUIDO, NEGLIGENCIA, O DOLO, ASI MISMO SERÁ RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA							
Firma Área o servicio de origen (Entrega)		Firma de Activos Fijos		Firma Área o servicio que recibe (Recibe)			
Firma y sello responsable Dependencia actual		Firma de Activos Fijos		Firma y sello responsable Dependencia actual			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
 VIGILADO



	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS						P/GA/004 06-19 Versión: 1 Página: 1 de 1
	SUCURSAL <u>TUNJA</u>			FECHA <u>18/05/2020</u>			
	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS						
	Tipo de movimiento <input checked="" type="checkbox"/> Personalización por entrega inicial de activo fijo <input type="checkbox"/> Traslado externo (a otra área o servicio) <input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma área o servicio)		<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento <input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos Fijos para baja por daño u obsolescencia		Consecutivo N° 0069 Captura Activo Fijo		
Área o servicio origen (Entrega) Responsable actual: <u>IRKA JOHANA RODRIGAS AGUIRO</u> Documento de identidad No: <u>1.852.463.488</u> Ubicación o servicio: <u>ASISTENTE ADMINISTRATIVA</u>			Área o servicio origen (Recibe) Responsable actual: <u>DIANA ROCIO GARITIVA DAZA</u> Documento de identidad No: <u>1.020.752.786</u> Ubicación o servicio: <u>COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE - GARAYOSA</u>				
Información básica de los activos fijos							
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en equipos)	Limpiado y Desinfectado	
1	INFRARED THERMOMETER TERMOMETRO INFRAROJO	N/A	YINXY	YINXY-2000	N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple	
2						<input type="checkbox"/> Cumple	
3						<input type="checkbox"/> Cumple	
4						<input type="checkbox"/> Cumple	
5						<input type="checkbox"/> Cumple	
6						<input type="checkbox"/> Cumple	
7						<input type="checkbox"/> Cumple	
8						<input type="checkbox"/> Cumple	
9						<input type="checkbox"/> Cumple	
10						<input type="checkbox"/> Cumple	
Total de activos							
Observaciones SERA RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESCUIDO, NEGLIGENCIA, O DOLO. AN MISMO SERÁ RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA							
Firma Área o servicio de origen (Entrega) Firma y sello responsable administrativa actual		Firma de Activo Fijo V. S. ACTIVO Fijo		Firma Área o servicio que recibe (Recibe) Firma y sello responsable administrativa actual			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 18 de Mayo del 2020
 Vigilado



	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS		F(GD)003 No-19 Versión: 1 Página: 1 de 1			
	SUCURSAL <u>TUNJA</u>		FECHA <u>18/05/2020</u>			
	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS					
Tipo de movimiento <input checked="" type="checkbox"/> Personalización por entrega inicial de activo fijo <input type="checkbox"/> Traslado Externo (a otra área o servicio) <input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma área o servicio)		<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento <input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos Fijos para baja por daño u obsolescencia		Consecutivo N° 0070 Captura Activo Fijo		
Área o servicio origen (Entrega) Responsable actual: <u>ERIKA JOHANA BOSEGAS AGÜERO</u> Documento de identidad No.: <u>1.052.403.488</u> Ubicación o servicio: <u>ASISTENTE ADMINISTRATIVA</u>		Área o servicio origen (Recibe) Responsable actual: <u>BIANA ROCIO GANTIVA DAZA</u> Documento de identidad No.: <u>1.020.752.786</u> Ubicación o servicio: <u>COORDINADORA ASISTENCIAL DE SODE - GUATIQUE</u>				
Información básica de los activos fijos						
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en equipos)	Limpieza y Desinfección
1	INFRARED THERMOMETER (TERMOMETRO INFRAROJO)	N/A	YIKY	YHKY-2000	N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple
2						<input type="checkbox"/> Cumple
3						<input type="checkbox"/> Cumple
4						<input type="checkbox"/> Cumple
5						<input type="checkbox"/> Cumple
6						<input type="checkbox"/> Cumple
7						<input type="checkbox"/> Cumple
8						<input type="checkbox"/> Cumple
9						<input type="checkbox"/> Cumple
10						<input type="checkbox"/> Cumple
Total de activos		1				
Observaciones: SERA RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESCUIDO, NEGLIGENCIA, O DOLDO. ASI MISMO SERA RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA						
Firma Área o servicio de origen (Entrega) Fecha y sello responsabilidad dependiente actual		Firma de Activo Fijo Y.B.A.G.D.		Firma Área o servicio que recibe (Recibe) Fecha y sello responsabilidad dependiente actual		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
 VIGILADO



		FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS		FGA014		
				Feb-19		
				Versión: 1		
				Página 1 de 1		
SUCURSAL <u>TUNJA</u>		FECHA <u>18/05/2020</u>				
FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS						
Tipo de movimiento		<input checked="" type="checkbox"/> Personalización por entrega inicial de activo fijo <input type="checkbox"/> Traslado Externo (a otra área o servicio) <input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma área o servicio)		<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento <input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos fijos para baja por daño o obsolescencia		
				Consecutivo Nº 0000		
				Captura Activo Fijo		
Área o servicio origen (Entrega)			Área o servicio origen (Recibe)			
Responsable actual IRDINA JONIVA BORGIGAS AGÜERO		Responsable actual IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS				
Documento de Identidad No. 1.052.403.488		Documento de Identidad No. 83.519.281				
Ubicación o servicio ASISTENTE ADMINISTRATIVA		Ubicación o servicio COORDINADORA ASISTENCIAL DE SECE - MORAQUELA				
Información básica de los activos fijos						
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en equipos)	Limpieza y Desinfección
1	INFRARED THERMOMETER TERMOMETRO INFRAROJO	N/A	YHXY	YHXY-2000	N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple
2						<input type="checkbox"/> Cumple
3						<input type="checkbox"/> Cumple
4						<input type="checkbox"/> Cumple
5						<input type="checkbox"/> Cumple
6						<input type="checkbox"/> Cumple
7						<input type="checkbox"/> Cumple
8						<input type="checkbox"/> Cumple
9						<input type="checkbox"/> Cumple
10						<input type="checkbox"/> Cumple
Total de activos						1
Observaciones						
SERA RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESCUIDO, NEGLIGENCIA, O DOLO. ASI MISMO SERA RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA						
Firma área o servicio de origen (Entrega)		Firma de Activos fijos		Firma área o servicio que destino (Recibe)		
Firma y sello responsable/dependencia actual		V.B. Activos Fijos		Firma y sello responsable/dependencia actual		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 011 2000 910303
 Vigilado



		FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS Fijos		F(GD)003		
				No-19		
				Versión: 1		
				Página: de 1		
SUCURSAL <u>TUNJA</u>		FECHA <u>18/05/2020</u>				
FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS Fijos						
Tipo de movimiento:		<input checked="" type="checkbox"/> Persona trasladada por entrega inicial de activo fijo		<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento		
<input type="checkbox"/> Traslado Externo (a otra Área o servicio)		<input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma Área o servicio)		<input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos fijos para baja por daño u obsolescencia		
				Concepto IP: <u>000</u>		
				Captura Activo Fijos:		
Área o servicio origen (Entrega)			Área o servicio origen (Recibo)			
Responsable actual	BRISA JOYANA ROSIGAS AGUIRO		Responsable actual	DEISSY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ		
Documento de Identidad No.	1.052.402.488		Documento de Identidad No.	1.049.031.798		
Ubicación o servicio	ASISTENTE ADMINISTRATIVA		Ubicación o servicio	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SIDA - SOGAMOSO		
Información básica de los activos fijos						
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en equipos)	Impreso y Desinstalación
1	INFRARED THERMOMETER (TERMOMETRO INFRAROJO)	N/A	YHXY	YHXY-2000	NA	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple
2						<input type="checkbox"/> Cumple
3						<input type="checkbox"/> Cumple
4						<input type="checkbox"/> Cumple
5						<input type="checkbox"/> Cumple
6						<input type="checkbox"/> Cumple
7						<input type="checkbox"/> Cumple
8						<input type="checkbox"/> Cumple
9						<input type="checkbox"/> Cumple
10						<input type="checkbox"/> Cumple
Total de activos: <u>1</u>						
Observaciones:						
SERA RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESUSO, NEGLIGENCIA, O DOLO, ASI MISMO SERA RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA						
Firma área o servicio de origen (Entrega)		Firma de Activos fijos		Área o servicio que el recibe (Recibo)		
Yo y mis sucesores (dependencia actual)		Yo y mis fijos		Yo y mis sucesores (dependencia actual)		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 01000101033

VIGILADO



	FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS					FIGA014	
						Feb-20	
						Versión: 1	
						Página: 1 de 1	
SUCURSAL <u>TUNJA</u>			FECHA <u>18/05/2020</u>				
FORMATO UNICO PARA MOVIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS							
Tipo de movimiento		<input checked="" type="checkbox"/> Personalización por entrega inicial de activo fijo <input type="checkbox"/> Traslado Externo (a otra área o servicio) <input type="checkbox"/> Traslado Interno (dentro de la misma área o servicio)			<input type="checkbox"/> Retiro de la Clínica para Mantenimiento <input type="checkbox"/> Devolución a la Oficina de Activos Fijos para baja por daño u obsolescencia		Consecutivo N° 0004 Capture Activo Fijo
Área o servicio origen (Entrega)			Área o servicio origen (Recibe)				
Responsable actual	ERIKA JOHANA ROSSIGAS AGUIERO		Responsable actual	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO			
Documento de identidad No.	1.852.403.488		Documento de identidad No.	23.816.177			
Ubicación o servicio	ASISTENTE ACOPROSTATICA		Ubicación o servicio	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE - TUNJA			
Información básica de los activos fijos							
ITEM	Descripción del activo	No. Placa	Marca	Modelo	No. serie (en equipos)	Limpieza y Desinfección	
1	INFRARED THERMOMETER TERMOMETRO INFRAROJO	N/A	YHXY	YHXY-2000	N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Cumple	
2						<input type="checkbox"/> Cumple	
3						<input type="checkbox"/> Cumple	
4						<input type="checkbox"/> Cumple	
5						<input type="checkbox"/> Cumple	
6						<input type="checkbox"/> Cumple	
7						<input type="checkbox"/> Cumple	
8						<input type="checkbox"/> Cumple	
9						<input type="checkbox"/> Cumple	
10						<input type="checkbox"/> Cumple	
Total de activos	1						
Observaciones SERA RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SUFRA EL EQUIPO POR MAL USO, DESCUIDO, NEGLIGENCIA O DOL, ASI MISMO SERA RESPONSABLE DE LA PERDIDA O ROBO, BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA							
Firma área o servicio de origen (Entrega)		Firma de Activos Fijos		Firma área o servicio que recibe (Recibe)			
Firma y sello responsable dependencia actual		V. Activos Fijos		Firma y sello responsable dependencia actual			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0180001910302
 VIGILADO



3.4 Actas de entrega Regional Meta

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

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO

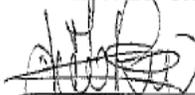
UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: SEDE VILLAVICENCIO

Hoy, 15 de Mayo del año 2020 yo, Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
1	TAPETE DESINFECTANTE	
1	TERMOMETRO INFRAROJO	

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

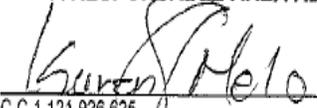
FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


C.C. 1.120.502.833
JESSICA MARCELA CAÑÓN
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


C.C. 1.120.504.110
AURA CRISTINA LONDOÑO
ANALISTA SST

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


C.C. 1.121.926.625
KAREN EMILIA MELO
JEFE ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS

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

SUCURSAL/SEDE: ACACIAS

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ASISTENCIAL

Hoy, 18 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACION
1	TERMOMETRO INFRARROJO	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



C.C. 1.120.502.833
Jessica Marcela Cañón Reina
Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:



C.C. 1.121.936.626
Karen Emilia Melo
Jefe administrativo y de talento humano

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C.
Naira Guerra
jefe enfermera



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

SUCURSAL/SEDE: GRANADA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ASISTENCIAL

Hoy, 18 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

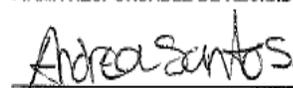
CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
1	TERMOMETRO INFRARROJO	

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

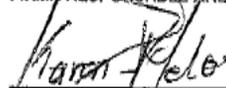
FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


 C.C. 1.120.502.833
 Jessica Marcela Cañón Reina
 Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


 C.C.
 Andrea Santos
 jefe enfermera

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


 C.C. 1.121.936.626
 Karen Emilia Melo
 Jefe administrativo y de talento humano



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

SUCURSAL/SEDE: PUERTO LOPEZ

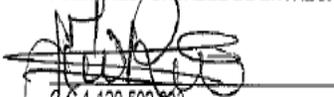
UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVA

Hoy, 18 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
1	ROUTER CON PLACA MJ00896 MARCA PTP-LINK	
	1 termometro infrarrojo	

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

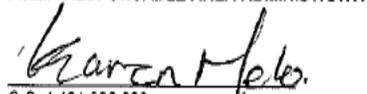
FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


C.C. 1.120.502.833
Jessica Marcela Cañón Reina
Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


C.C.
Rosell Natalia Velasquez
jefe enfermera

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


C.C. 1.121.936.626
Karen Emilia Melo
Jefe administrativo y de talento humano

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

SUCURSAL/SEDE: PUERTO GAITAN

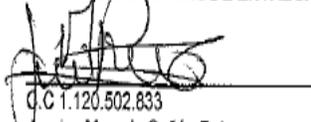
UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ASISTENCIAL

Hoy, 18 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACION
1	TERMOMETRO INFRARROJO	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



C.C. 1.120.502.833
 Jessica Marcela Cañón Reina
 Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C.
 Sandra Patiño
 jefe enfermera

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:



C.C. 1.121.936.626
 Karen Emilia Melo
 Jefe administrativo y de talento humano



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

SUCURSAL/SEDE: ACACIAS

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVO

Hoy, 15 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACION
1	TAPETE DESINFECTANTE	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


 C.C. 1.120.502.833
 Jessica Marcela Cañón Reina
 Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


 C.C.
 Naira Guerra
 jefe enfermera

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


 C.C. 1.121.936.626
 Karen Emilia Melo
 Jefe administrativo y de talento humano



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

SUCURSAL/SEDE: GRANADA

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVO

Hoy, 15 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

GANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
1	TAPETE DESINFECTANTE	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



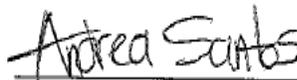
C.C. 1.120.502.833
 Jessica Marcela Cañón Reina
 Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:



C.C. 1.121.936.626
 Karen Emilia Melo
 Jefe administrativo y de talento humano

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C.
 Andrea Santos
 jefe enfermera



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

SUCURSAL/SEDE: PTO LOPEZ

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVO

Hoy, 15 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACION
1	TAPETE DESINFECTANTE	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


C.C. 1.129.302.833
Jessica Marcela Cañón Reina
Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


@.C. 1.121.936/626
Karen Emilia Melo
Jefe administrativo y de talento humano

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


cc.
rossell velasquez
jefe enfermera



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

SUCURSAL/SEDE: PTO GAITAN

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVO

Hoy, 15 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACION
1	TAPETE DESINFECTANTE	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:



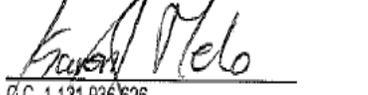
C.C. 1.120.502.833
 Jessica Marcela Cañón Reina
 Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:



C.C.
 Sandra Patiño
 jefe enfermera

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:



C.C. 1.121.936.626
 Karen Emilia Melo
 Jefe administrativo y de talento humano



3.5 Actas de entrega Regional Casanare

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

SUCURSAL/SEDE: YOPAL CASANARE

UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVA

Hoy, 18 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
1	TERMOMETRO INFRARROJO	

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

FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


C.C. 1.201502.833
Jessica Marcela Cañón Reina
Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


C.C. 1.121.936.626
Karen Emilia Melo
Jefe administrativo y de talento humano

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


C.C.
Ysella Gonzales
jefe enfermera



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

SUCURSAL/SEDE: YOPAL

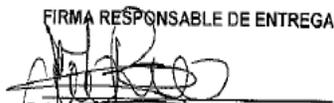
UNIDAD FUNCIONAL/AREA QUE RECIBE: ADMINISTRATIVO

Hoy, 15 de mayo 2020 yo Jessica Marcela Cañón Reina hago entrega oficial de los elementos y/o servicios descritos a continuación, al responsable del área/unidad funcional descrita, aclarando que los mismos quedan bajo su custodia, administración y responsabilidad.

CANT.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACION
1	TAPETE DESINFECTANTE	

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

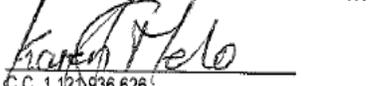
FIRMA RESPONSABLE DE ENTREGA:


C.C. 1.120.502.833
Jessica Marcela Cañón Reina
Asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE DE RECIBIDO:


C.C.
Ysella Gonzalez
asistente administrativa

FIRMA RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA:


C.C. 1.121.936.626
Karen Emilia Melo
Jefe administrativo y de talento humano

4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Teny edranda gutierrez marquez	1052314020	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cinta	Monogalo de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
19 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
20 05 20	-	-	-	X	-	-	X	-	-	X		[Firma]
20 05 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, Teny edranda gutierrez marquez identificado (a) con CC: 1052314020, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Giselle Andrea Zipa Vargas	1.049.647.500	Tunja - Boyacá

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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
	Cinta	Monogalo de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 Mayo 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
16 Mayo 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
18 Mayo 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
19 Mayo 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
20 Mayo 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		[Firma]
21 Mayo 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas identificado (a) con CC: 1.049.647.500, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Fanny Armand ximo A	40039607	C. Entorno - Tanya

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. 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
	Cufla	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lãax	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 2020	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-		Armand ximo
18 05 2020	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-		Armand ximo
19 05 2020	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-		Armand ximo
20 05 2020	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-		Armand ximo
21 05 2020	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-		Armand ximo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fanny Armand ximo A Identificado (a) con CC: 40039607 Fanny, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
FANNIEZ AFFRANO Claudia Isabel	66361131	C. ENTORNO TUNJA

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. 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
	Cufla	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lãax	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 2020		X		X	X	X			X			Claudia Isabel Fanniez
18 05 2020		X		X	X	X			X			Claudia Isabel Fanniez
19 05 2020		X		X	X	X			X			Claudia Isabel Fanniez
20 05 2020	X			X	X	X			X			Claudia Isabel Fanniez
21 05 2020	X			X	X	X			X			Claudia Isabel Fanniez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Claudia Isabel Fanniez Identificado (a) con CC: 66361131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

Claudia Isabel Fanniez
 C. ENTORNO TUNJA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Diego Alejandro Rojas Montiel</i>	<i>101969177</i>	<i>Tuquesa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NR con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	BATA ES REUTILIZADA	<i>[Firma]</i>	
18 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	" " "	<i>[Firma]</i>	
19 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	" " "	<i>[Firma]</i>	
20 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	BATA ES NUEVA	<i>[Firma]</i>	
21 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	BATA ES NUEVA	<i>[Firma]</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diego Alejandro Rojas Montiel identificado (a) con CC: 101969177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Roxa Lope Cordero Jimenez</i>	<i>33367367</i>	<i>CERT</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NR con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>	
16 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>	
18 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Firma]</i>	
19 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Firma]</i>	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Roxa Lope Cordero Jimenez identificado (a) con CC: 33367367, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Calle Colombia No. 100, Bogotá D.C.
 Teléfono: 018000910332

VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acevedo David Milena	416378245	C. Ext Torre

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le 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	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Signature]
15 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Signature]
18 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Signature]
19 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Signature]
20 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Signature]
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 Acevedo identificado (a) con CC: 416378245, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
KAROL G. FERNANDEZ ESPINOZA	1049629216	TURNO

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le 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	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 05 20				X					X			[Signature]
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, KAROL G. FERNANDEZ ESPINOZA identificado (a) con CC: 1049629216, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MAYOLGA ROSA ROSA	40044574	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15/05/2020				X								Doris Mayolga
16/05/2020				X					X			Doris Mayolga
19/05/2020				X								Doris Mayolga
20/05/2020				X								Doris Mayolga
21/05/2020				X								Doris Mayolga
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, Doris Mayolga Rosa 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rosa Camargo Mario Paula	1049632802	Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18/05/2020					X							Maria Paula Rosa
19/05/2020					X							Maria Paula Rosa
20/05/2020					X							Maria Paula Rosa
21/05/2020					X				X			Maria Paula Rosa
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Oralle Pineda Yoly Patricia	23324561	Tunga

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 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, 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 NBS con válvula	Gautes de litex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		
18 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		
19 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		
20 5 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		
21 5 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, Yoly Patricia Oralle P Identificado (a) con CC: C 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Flores Alvarez Monica P	1099616557	C. Exten

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 NBS con válvula	Gautes de litex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
16 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
18 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
19 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
20 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
21 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Blanca Nubia Vasquez Moreno	23-810-177	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	Mascarilla 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									Blanca
16 05 2020				X									Blanca
18 05 2020				X									Blanca
19 05 2020				X									Blanca
20 05 2020				X									Blanca
21 05 2020				X									Blanca
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Blanca Nubia Vasquez Identificado (a) con CC: 23 810 177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodriguez Boyaca Maria Cecilia	1.049.625.040	Jersalud IPS Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Mascarilla 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									Maria Rodriguez
16 05 2020				X									Maria Rodriguez
18 05 2020				X					X				Maria Rodriguez
19 05 2020				X									Maria Rodriguez
20 05 2020				X									Maria Rodriguez
21 05 2020				X									Maria Rodriguez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Vargas Garbín Santiago Esteban	Cédula 1.020.802.830	Unidad Casilla Externa
--	--------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
20 05 20	X			X		X			X			<i>Santiago Esteban</i>
21 05 20	X			X		X			X			<i>Santiago Esteban</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, Santiago Esteban Vargas Garbín Identificado (a) con CC: 1.020.802.830, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Mojica Velandira Luz Marina	Cédula 40036957	Unidad C. Externa
---	---------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Luz Marina Mojica</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Luz Marina Mojica U Identificado (a) con CC: 40036957, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ulrica Sanchez Anderson Ortiz	1054658729	Jersalud Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Ortiz
16 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Ortiz
18 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Ortiz
19 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Anderson Ortiz
20 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Anderson Ortiz
21 05 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Anderson Ortiz
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Ortiz Ulrica 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gerson David Gonzalez Robles	1049638771	Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Gerson Gonzalez
18 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	Bandas	Gerson Gonzalez
19 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Gerson Gonzalez
20 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Gerson Gonzalez
21 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		Gerson Gonzalez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gerson David Gonzalez Robles 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
 Unidad Central Operativa - Tunja
 Calle Comercio Nacional, 01600010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Juan E. Jimenez	Cédula 7180163	Unidad Rgta
---	--------------------------	-----------------------

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
	Ceña	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		Juan E. Jimenez
18 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Juan E. Jimenez
19 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		Juan E. Jimenez
20 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X		Juan E. Jimenez
21 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X		Juan E. Jimenez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Melina Jela Sosa Castro	Cédula 72205029	Unidad C. Entren Jersalud
---	---------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceña	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 20	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-		
18 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
19 05 20	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-		
20 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
21 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Floric Isabel Morales Ayala</u>	Cédula <u>40038562</u>	Unidad <u>consulta externa</u>
--	----------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogiro de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
15 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso diario de bata desechable	[Firma]
18 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso diario de bata desechable	[Firma]
19 05 2020	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso diario de bata desechable	[Firma]
20 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso diario de bata desechable	[Firma]
21 05 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso diario de bata desechable	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Luz Amparo Anala Barón</u>	Cédula <u>cc 40029046</u>	Unidad <u>Unpa. (Medisalud)</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	Monogiro de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
15 05 2020	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
18 05 2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		[Firma]
19 05 2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		[Firma]
20 05 2020	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-		[Firma]
21 05 2020	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Joel Quen Iguares</u>	Cédula <u>1124023692</u>	Unidad <u>Consulta</u>
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajetas			
15 05 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
16 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
18 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		
19 05 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		
DD MM AA													

Yo, Joel Quen Identificado (a) con CC: 1124023692, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Nancy Mercedes Sosa Jilana</u>	Cédula <u>33376410</u>	Unidad <u>TCNYC</u>
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajetas			
20 05 2020				X					X				
21 05 2020	X			X					X				
DD MM AA													

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



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina de Araque	46672428	Administrativa

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Tajado Seno, Angela Darily	24167297	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														
18 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓			
18 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓			
20 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓			
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, Angela Darily Tajado Seno, 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.

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



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Orvaldo Gutierrez Jimenez</i>	Cédula <i>91244699</i>	Unidad <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	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
16/04/2020	X			X					X			<i>[Firma]</i>
29/04/2020				X					X			<i>[Firma]</i>
11/05/2020	X			X					X		Entrega 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
18/05/2020	X			X					X		Entrega 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Orvaldo Gutierrez Jimenez* identificado (a) con CC: *91244699*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>RODOLFO RAMIRO LEON</i>	Cédula <i>99536444</i>	Unidad <i>DUI 1072</i>
--	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
30/04/2020				✓		✓						<i>[Firma]</i>
04/05/2020				✓								<i>[Firma]</i>
06/05/2020	✓			✓					X		observación 5 tapabocas desechables	<i>[Firma]</i>
11/05/2020	✓			✓					✓		se entregaron 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
18/05/2020	✓			✓					✓		se entregaron 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
20/05/2020				✓							se entregaron 5 tapabocas	<i>[Firma]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *RODOLFO RAMIRO LEON* identificado (a) con CC: *99536444*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Consulta Normativa: 01800091032
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jimenez Pineta José Luis	80 258 638	Jersalud 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		
06/05/20				X							3 tapabocas desechables	José Luis Jimenez
30/04/20								X			1 bata desechable.	José Luis Jimenez
06/05/20	X										1 cofia desechable	José Luis Jimenez
17/05/20				X				X			6 tapabocas, 1 bata	José Luis Jimenez
18/05/20	X			X				X			6 tapabocas, 1 bata, 1 cofia	José Luis Jimenez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Triana Triana Hiday	46458143	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21/04/20				X					X			Jimenez
23/04/20				X								Jimenez
25/04/20				X								Jimenez
27/04/20				X								Jimenez
29/04/20				X								Jimenez
04/05/20	X			X				X			4 Tapabocas	Jimenez
17/05/20	X			X				X			5 Tapabocas.	Jimenez
19/05/20	X			X				X			1 Tapabocas.	Jimenez
20/05/20				X							4 Tapabocas	Jimenez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Estupron Sepulveda Carlos Franco</i>	<i>29369899</i>	<i>Dorta</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
<i>09 09 20</i>				X								X	<i>2 Bata 1 Bata - 1 gant</i>	<i>Carlos Estupron</i>
<i>11 09 20</i>				X									<i>6 Tallas</i>	<i>AS</i>
<i>18 05 20</i>				X									<i>1 Bata 1 Bata - 2 / cofre</i>	<i>AS</i>
<i>28 05 20</i>				X									<i>4 tapabocas</i>	<i>AS</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Carlos F Estupron identificado (a) con CC: 29369899, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>ACELO MARTINEZ DIANA PATRICIA</i>	<i>46486242</i>	<i>DEFSALDO DORTAMA</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
<i>28 09 20</i>				X								X		<i>Diana AceLO</i>
<i>30 09 20</i>				X										<i>Diana AceLO</i>
<i>5 05 20</i>				X										<i>Diana AceLO</i>
<i>7 05 20</i>				X								X		<i>Diana AceLO</i>
<i>11 05 20</i>				X										<i>Diana AceLO</i>
<i>18 05 20</i>				X										<i>Diana AceLO</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Diana Patricia AceLO identificado (a) con CC: 46486242, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogollón	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
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 05 20	✓			✓	✓						6 tapabocas	[Firma]
18 05 20	✓			✓	✓							[Firma]
20 05 20				✓	✓						3 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, NANCY MOGOLLÓN 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Avenida Fagua Gloria Isabel	1049622122	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 04 2020	X			X					X			[Firma]
17 04 2020				X								[Firma]
18 04 2020				X								[Firma]
20 04 2020				X								[Firma]
23 04 2020				X								[Firma]
27 04 2020				X								[Firma]
29 04 2020				X								[Firma]
04 05 2020	X			X				X			Se entregan 3 tapabocas	[Firma]
11 05 2020				X							se entrega 6 tapabocas	[Firma]
13 05 2020	X							X				[Firma]
18 05 2020				X								[Firma]
19 05 2020	X			X				X			se entregan 4 tapabocas	[Firma]

Yo, Gloria Isabel Avenida Fagua Identificado (a) con CC: 1049622122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pinzon Castiblanco Lina Alejandra	1049632618	DOUTAMA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
23 09 2020	X			X					X			Rui Piz
29 09 2020				X								Rui Piz
29 09 2020				X								Rui Piz
05 05 2020				X								Rui Piz
07 05 2020				X								Rui Piz
09 05 2020				X								Rui Piz
10 05 2020				X					X			Rui Piz
12 05 2020				X								Rui Piz
13 05 2020				X								Rui Piz
14 05 2020				X								Rui Piz
18 05 2020				X								Rui Piz
20 05 2020	X			X					X		3 tapabocas	Rui Piz

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DANAMARCELA RECALO ARELLA	1053608206	DERSALUD DOUTAMA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
11 05 20	X			X					X			==	DANAR
12 05 20				X								==	DANAR
13 05 20				X								==	DANAR
14 05 20				X								==	DANAR
15 05 20				X								==	DANAR
18 05 20				X					X		3 tapabocas y 1 bata	==	DANAR
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, DANAMARCELA RECALO ARELLA 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 Correo Nacional: 01800019333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Luz Karine Escobar Guisole	1090415369	Dutoma

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	Poinanas		
30 04 20	X			X					X		-teleconsulta nutricion.	[Firma]
19 05 20	X			X					X		-teleconsulta nutricion	[Firma]
20 05 20				X							-2 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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 Control Nacional: 01800010333

4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Soqomoso

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

Apellidos y Nombres Completos Sandra malaver	Cédula	Unidad Soqomoso
--	---------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06 04 20			X	X			X		X			Sandra Malaver
13 04 20			X	X			X		X			Sandra Malaver
20 04 20			X	X			X		X			Sandra Malaver
27 04 20			X	X			X		X			Sandra Malaver
4 05 20				X			X		X			Sandra Malaver
11 05 20				X			X		X			Sandra Malaver
18 05 20				X			X		X			Sandra Malaver
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Ana Romero	Cédula	Unidad Soqomoso
--	---------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
22 04 20			X	X			X		X			X Ana Romero
28 04 20			X	X			X		X			X Ana Romero
4 05 20			X	X			X		X			X Ana Romero
11 05 20				X			X		X			X Ana Romero
18 05 20				X			X		X			X Ana Romero
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	1.049.631.710	CONSTRUC EXTERNA - SOGAMOSO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 05 19		X	X	X					X			Carlin Acosta
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Constanza Beraudetz	46370.222	SOGAMOSO

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 04 20				X			X		X			MC Constanza
13 04 20				X			X		X			MC Constanza
20 04 20				X			X		X			MC Constanza
27 04 20				X			X		X			MC Constanza
04 05 20				X			X		X			MC Constanza
11 05 20				X			X		X			MC Constanza
18 05 20				X			X		X			MC Constanza
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Constanza Beraudetz identificado (a) con CC: 46370.222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos <u>and CUSBA</u>	Cédula <u>46377-485</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
		Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27	04	20		X	X			X		X			
4	05	20		X	X			X		X		X	
17	05	20		X	X			X		X		X	
18	05	20		X	X			X		X		X	
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Cruzar de Caba identificado (a) con CC: 46377485, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Vargas Barrera Delsy Yamile</u>	Cédula <u>105758547</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
		Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17	02	20	X	X	X		X			X			
06	04	20	X	X	X		X			X		X	
13	04	20	X	X	X		X			X		X	
20	04	20	X	X	X		X			X		X	
27	04	20	X	X	X		X			X		X	
4	05	20	X	X	X		X			X		X	
11	05	20	X	X	X		X			X		X	
18	05	20	X	X	X		X			X		X	
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>QUINTERO TORRES MILENA ANDREA</u>	<u>46455020</u>	<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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 04 2020		X		X							X	Uso toma de citologías y brochantos	MILENA QUINTERO/ANF
06 04 20				X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
13 04 20				X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
20 04 20				X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
28 04 20				X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
4 05 20			X	X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
17 05 20			X	X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
18 05 20				X							X	uso de EPP	MILENA Q/ ANF
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA</u>	<u>32775986</u>	<u>ASISTENCIAL</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19 3 20		X		X	X	X						Se realiza entrega de respirador N95 referencia 130730 para uso en contingencia COVID-19	X EPP
06 04 20		X		X		X							X EPP
13 04 20		X		X		X							X EPP
20 04 20		X		X		X							X EPP
28 04 20		X	X	X		X							X EPP
4 05 20		X		X		X							X EPP
17 05 20		X		X		X							X EPP
18 05 20		X		X		X							X EPP
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	9530770	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	
DD	MM	AA	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19	3	20		X		X	X	X						Se realiza entrega de respirador N95 referencia 130730 para uso en contingencia COVID-19	
06	04	20		X		X		X							
13	04	20		X		X		X							
20	04	20		X		X		X							
28	04	20		X	X	X		X							
4	05	20		X		X		X							
11	05	20		X		X		X							
18	05	20		X		X		X							
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	1049614089	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	
DD	MM	AA	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
19	3	20				X	X		X		X			Se realiza entrega de respirador N95 referencia 130730 para uso en contingencia COVID-19	
06	04	20		X		X		X			X				
13	04	20		X		X		X			X				
20	04	20		X		X		X			X				
28	04	20		X	X	X		X			X				
4	05	20		X		X		X			X				
11	05	20		X		X		X			X				
18	05	20		X		X		X			X				
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GIOVANNI FRANCISCO RODRIGUEZ SALAMANCA	9396880	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	Guañtes de látex	Guañtes de nitrilo	Guañtes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 3 20		X	X	X	X		X		X		Se realiza entrega de respirador N95 referencia 130730 para uso en contingencia COVID-19	
06 04 20		X	X	X			X		X			
13 04 20		X	X	X			X		X			
20 04 20		X	X	X			X		X			
27 04 20		X	X	X			X		X			
4 5 20		X	X	X			X		X			
17 05 20		X	X	X			X		X			
18 05 20		X	X	X			X		X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, identificado (a) con CC: 9396.880, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 02000910303
 VIGILADO

4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3 ago-19 1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos Erika Saucedo		Cédula 1082896913										
Unidad 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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia 60/90	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 05 2020	X			X		X			X			- Erika Saucedo
06 05 2020				X								- Erika Saucedo
08 05 2020	X			X								- Erika Saucedo
09 05 2020				X								- Erika Saucedo
11 05 2020	X			X				X				- Erika Saucedo
12 05 2020				X								- Erika Saucedo
13 05 2020	X			X								- Erika Saucedo
14 05 2020				X								- Erika Saucedo
15 05 2020				X								- Erika Saucedo
18 05 2020	X			X				X				- Erika Saucedo
19 05 2020	X			X								- Erika Saucedo
20 05 2020				X								- Erika Saucedo
Yo, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3 ago-19 1 de 1										
Apellidos y Nombres Completos Erika Saucedo		Cédula 1082896913										
Unidad 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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia 60/90	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 05 2020				X								- Erika Saucedo
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 Control Nacional: 018000910302
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Melissa Cardenas	Cédula 1053348812	Unidad 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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 05 2020	X			X					X			-L-Melissa Melissa
11 05 2020	X			X					X			Melissa
12 05 2020				X								Melissa
13 05 2020				X								Melissa
14 05 2020				X								Melissa
15 05 2020				X								Melissa
18 05 2020	X			X					X		LOS TAPABUCAS NO CUMPLEN CON EL SECCO DE SEGURIDAD	-Melissa Melissa
19 05 2020				X								Melissa
20 05 2020				X								Melissa
21 05 2020				X								Melissa
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Juliana Suarez	Cédula 1053349179	Unidad 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 1372 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
21 05 2020				X							los tapabocas no cumplen con solo de ciudad, seguridad	Melissa S
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 Central Nacional: 018000910302
VIGILADO



Jersalud S.A.S. **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

Versión: 3
ago-19
1 de 1

Apellidos y Nombres Completos: Juliana Suarez Cédula: 1053348179 Unidad: 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
04 05 2020	X			X					X		Se evidencia que el tapabocas no cumple con el sello de seguridad	J. Suarez
07 05 2020				X								J. Suarez
09 05 2020				X					X			J. Suarez
11 05 2020	X			X								J. Suarez
12 05 2020				X								J. Suarez
13 05 2020				X								J. Suarez
14 05 2020				X								J. Suarez
15 05 2020				X								J. Suarez
16 05 2020				X								J. Suarez
18 05 2020	X			X					X			J. Suarez
19 05 2020				X								J. Suarez
20 05 2020				X								J. Suarez

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.

Jersalud S.A.S. **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

Versión: 3
ago-19
1 de 1

Apellidos y Nombres Completos: Leidy Dami Burbujio Sanabria Cédula: 1053338976 Unidad: 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 05 2020	X			X					X		Los tapabocas no cumplen con el sello de protección	J. Suarez
19 05 2020				X							"	J. Suarez
20 05 2020				X							"	J. Suarez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Leidy Diana Butrago	1053338976	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 Gorro	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
04 05 2020	x			x							x	los tapabocas no cumplen con el sello de protección.	[Firma]
05 05 2020				x								"	[Firma]
06 05 2020				x								"	[Firma]
07 05 2020				x								"	[Firma]
08 05 2020				x								"	[Firma]
09 05 2020				x								"	[Firma]
11 05 2020	x			x							x	"	[Firma]
12 05 2020				x								"	[Firma]
13 05 2020				x								"	[Firma]
14 05 2020				x								"	[Firma]
15 05 2020				x								"	[Firma]
16 05 2020				x								"	[Firma]

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Shirley Roncancio	1053340626	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 Gorro	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
06 05 2020	x			x							x		Shirley Roncancio
08 05 2020				x									Shirley Roncancio
09 05 2020				x									Shirley Roncancio
11 05 2020	x			x							x		Shirley Roncancio
12 05 2020				x									Shirley Roncancio
13 05 2020				x									Shirley Roncancio
14 05 2020				x									Shirley Roncancio
15 05 2020				x									Shirley Roncancio
18 05 2020	x			x							x		Shirley Roncancio
19 05 2020				x									Shirley Roncancio
20 05 2020				x									Shirley Roncancio
21 05 2020				x									Shirley Roncancio

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



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos GLORIA JACKELIN BALLESTEROS SALGADO	Cédula 1053744017	Unidad Chiquinquirá
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guautes de látex	Guautes de nitrilo	Guautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
5 5 2020	x			x					x		se evidencia que el tapabocas no cumple con el sello de seguridad	Jackelin Ballesteros
7 5 2020				x							se evidencia que el tapabocas no cumple con el sello de seguridad	Jackelin Ballesteros
09 05 2020											"	Jackelin Ballesteros
11 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
12 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
13 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
14 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
15 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
16 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
18 05 2020	x			x					x		"	Jackelin Ballesteros
19 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros
20 05 2020				x							"	Jackelin Ballesteros

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

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

Apellidos y Nombres Completos Gloria Ballesteros Salgado	Cédula 1053744017	Unidad Chiquinquirá
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guautes de látex	Guautes de nitrilo	Guautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 05 2020				x							tapabocas No cumple con el sello de seguridad	Jackelin Ballesteros
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
 Vigilado



4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	63362434	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
	Ceja	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 05 20				X						X		
19 05 20				X								
20 05 20				X								
21 05 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceja	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 05 20				X						X		
19 05 20				X								
20 05 20				X								
21 05 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000190333
VIGILADO



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

Apellidos v Nombres Completos GARCIA ARIAS DEISY JANETH	Cédula 53081059	Unidad 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 05 20				X					X			Deisy Garcia
19 05 20				X								Deisy Garcia
20 05 20				X								Deisy Garcia
21 05 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos v Nombres Completos SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	Cédula 1054682570	Unidad 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 05 20				X					X			Leidy Saenz
19 05 20				X								Leidy Saenz
20 05 20				X								Leidy Saenz
21 05 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												

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.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019033



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
Diana GARCIA	1020752788	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
18 05 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
19 05 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
20 05 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
21 05 20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Garcia Identificado (a) con CC: 1020752788, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Dominguez Armando	531407	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 05 20		X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
16 05 20		X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
18 05 20		X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
19 05 20		X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
20 05 20		X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
21 05 20		X	X	X	X	X	X	X	X	X		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Camelo Gomez Melly	33676746	Gabinete

Conforme a la normatividad en seguridad y 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	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 20				X									Melly Camelo
16 05 20				X									Melly Camelo
18 05 20				X									Melly Camelo
19 05 20				X									Melly Camelo
20 05 20				X									Melly Camelo
21 05 20				X									Melly Camelo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Melly 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.

	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 Aulia Fanny	33676330	Gabinete

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 05 20	X	X	X	X	X	X	X						Fanny Carcedo
12 05 20	X	X	X	X	X	X	X						Fanny Carcedo
19 05 20	X	X	X	X	X	X	X						Fanny Carcedo
20 05 20	X	X	X	X	X	X	X						Fanny Carcedo
21 05 20	X	X	X	X	X	X	X						Fanny Carcedo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
 VIGILADO



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033	
											Versión: 3	
											ago-19	
											1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad				
Nuryeth Daniela Cortis Martínez				1099799152				Asistencial				
<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
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmolas		
15 05 2020	X	X		X		X						Daniela C
18 05 2020	X	X		X		X						Daniela C
17 05 2020	X	X		X		X						Daniela C
14 05 2020	X	X		X		X						Daniela C
20 05 2020	X	X		X		X						Daniela C
21 05 2020	X	X		X		X						Daniela C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033	
											Versión: 3	
											ago-19	
											1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad				
Gulq Marce Romero				1014188587				Administrativa				
<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
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmolas		
15 05 20	X			X								Gulq Marce R
18 05 20	X			X								Gulq Marce R
19 05 20	X			X								Gulq Marce R
20 05 20	X			X					X			Gulq Marce R
21 05 20	X			X					X			Gulq Marce R
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Melissa Pupo	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
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Potainas		
18 03 20			✓	✓		✓						[Firma]
19 03 20			✓	✓		✓						[Firma]
20 03 20			✓	✓		✓						[Firma]
21 03 20			✓	✓		✓						[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Línea de Consulta Normativa: 01800091032
VIGILADO



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15				1									Alix Margareta Acevedo
16				1									Alix Margareta Acevedo
18				1									Alix Margareta Acevedo
19				1									Alix Margareta Acevedo
20				1									Alix Margareta Acevedo
21				1									Alix Margareta Acevedo
00	MM	AA	1										Alix Margareta Acevedo
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15			1		1		6						Isabel Serrano
16				1									Isabel Serrano
19				1			6						Isabel Serrano
20				1			2						Isabel Serrano
21				1			4						Isabel Serrano
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											

Yo, FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO Identificado (a) con CC: 23452508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

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

Conforme a la 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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 5 2020			1										Maria Paula C.
16 5 2020			1										Maria Paula C.
18 5 2020	1		1			4				1			Maria Paula C.
19 5 2020			1										Maria Paula C.
20 5 2020			1			6							Maria Paula C.
21 5 2020	1		1										Maria Paula C.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Paula Campos Identificado (a) con CC: 1.140.868.607 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	Cédula 1057411768	Unidad JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
--	------------------------------------	---

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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 5 2020				1						1			KAREN FRANCO
16 5 2020				1									KAREN FRANCO
18 5 2020	1			1		4				1			KAREN FRANCO
19 5 2020				1									KAREN FRANCO
20 5 2020				1									KAREN FRANCO
21 5 2020				1									KAREN FRANCO
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Karen Yesenia Franco Vargas Identificado (a) con CC: 1057411768 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL						F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1					
Apellidos y Nombres Completos <u>Andra Aroca Garcia Paron</u>			Cédula <u>1121839254</u>			Unidad <u>Jersalud Uru</u>							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal:										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
12	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
13	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
14	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
15	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
16	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
17	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
18	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
19	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
20	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
21	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
22	5	2020				X							<u>Andra Aroca</u>
Yo, <u>Andra Aroca Garcia Paron</u> identificado (a) con CC: <u>1121839254</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 <u>Caron Leon Diana Miguel</u>			Cédula <u>1121829772</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	
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	20	X			X							<u>Diana Caron</u>
12	5	20	X			X							<u>Diana Caron</u>
13	5	20	X			X							<u>Diana Caron</u>
14	5	20	X			X							<u>Diana Caron</u>
15	5	20	X			X							<u>Diana Caron</u>
16	5	20	X			X							<u>Diana Caron</u>
18	5	20	X	X		X	X			X			<u>Diana Caron</u>
19	5	20	X	X		X	X			X			<u>Diana Caron</u>
20	5	20	X	X		X	X			X			<u>Diana Caron</u>
21	5	20	X	X		X	X			X			<u>Diana Caron</u>
22	5	20	X	X		X	X			X			<u>Diana Caron</u>
Yo, <u>Diana Caron Leon Miguel</u> identificado (a) con CC: <u>1121829772</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Joly Carolina Rojas</u>	Cédula <u>438109A</u>	Unidad
---	--------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	20											
12	5	20											
13	5	20											
14	5	20											
15	5	20											
16	5	20											
18	5	20	X	X		X	X	X			X		
19	5	20	X			X							
20	5	20	X			X							
21	5	20	X			X							
22	5	20	X			X							

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Karina Arango</u>	Cédula <u>438109A</u>	Unidad
---	--------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
11	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
12	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
13	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
14	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
15	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
16	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
18	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
19	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
20	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
21	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	
22	5	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta unid.	

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos Angelica Lorenzaga DRA.	Cédula 40325348	Unidad VICIA
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	20											
12	5	20											
13	5	20	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
14	5	20	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
15	5	20	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
16	5	20	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
18	5	20	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
19	5	20	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
20	5	20	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
21	5	20	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga
22	5	20	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	Hay un kit en el centro Angelica Lorenzaga

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

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

Apellidos y Nombres Completos JOSE ROMERO RAMIREZ	Cédula 660800044	Unidad
---	----------------------------	------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	20				X							
12	5	20				X							
13	5	20				X							
14	5	20				X							
15	5	20				X							
16	5	20				X							
18	5	20	X	X		X					X		
19	5	20	X	X		X					X		
20	5	20	X	X		X	X				X		
21	5	20	X	X		X	X				X		
22	5	20	X	X		X	X				X		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO

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

Leidy Velasco 30937322 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	Manoplas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11	5	20												
12	5	20												
13	5	20												
14	5	20												
15	5	20												
16	5	20												
18	5	20												
19	5	20												
20	5	20												
21	5	20	X	X		X					X			
22	5	20												

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

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

Nini Johana Peña Vanegas 30937322 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	Manoplas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11	5	20				X	X	X				X		
12	5	20				X	X	X				X		
13	5	20				X	X	X				X		
14	5	20				X	X	X				X		
15	5	20		X		X	X	X				X		
16	5	20				X	X	X				X		
18	5	20	X	X		X	X	X				X		
19	5	20	X	X		X	X	X				X		
20	5	20	X	X		X	X	X				X		
21	5	20	X	X		X	X	X				X		
22	5	20												

Yo, Nini Johana Peña Vanegas identificado (a) con CC: 30937322 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Maná E. Navarro	Cédula 1121838406	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmolas			
11 5 20	X			X		X				X			Maná Navarro
12 5 20	X			X		X				X			Maná Navarro
13 5 20	X			X		X				X			Maná Navarro
14 5 20	X			X		X				X			Maná Navarro
15 5 20	X	X		X		X				X			Maná Navarro
16 5 20	X			X		X				X			Maná Navarro
18 5 20	X	X		X		X				X			Maná Navarro
19 5 20	X	X		X		X				X			Maná Navarro
20 5 20	X	X		X		X				X			Maná Navarro
21 5 20	X	X		X		X				X			Maná Navarro
22 5 20	X	X		X		X				X			Maná Navarro

Yo, Maná E. Navarro, identificado (a) con CC: 1121 838 406, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Blanca G. Canjari	Cédula 3526259044	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pólmolas			
11 5 20													
12 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
13 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
14 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
15 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
16 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
18 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
19 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
20 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
21 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari
22 5 20	X	X		X		X				X			Blanca G. Canjari

Yo, Blanca G. Canjari, identificado (a) con CC: 3526259044, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombre Completo Aura Milena Roa Forero.	Cédula 1.121.898.957	Unidad Jersalud Villavicencia
---	--------------------------------	---

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	Monogafete de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11	5	20				X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
12	5	20				X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
13	5	20				X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
14	5	20				X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
15	5	20				X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
16	5	20				X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
18	5	20	X			X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
19	5	20	X			X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
20	5	20	X			X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
21	5	20	X			X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>
22	5	20	X			X								<i>Aura Milena Roa Forero</i>

Yo, Aura Milena Roa Forero Identificado (a) con CC: 1121898957 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombre Completo Varela Parado Sandra Milena	Cédula 40340723	Unidad UICTO
---	---------------------------	------------------------

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	Monogafete de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11	5	20				X								<i>Sandra Milena Varela</i>
12	5	20				X								<i>Sandra Milena Varela</i>
13	5	20				X								<i>Sandra Milena Varela</i>
14	5	20				X								<i>Sandra Milena Varela</i>
15	5	20				X								<i>Sandra Milena Varela</i>
16	5	20				X								<i>Sandra Milena Varela</i>
18	5	20	X			X								<i>Sandra Milena Varela</i>
19	5	20	X			X								<i>Sandra Milena Varela</i>
20	5	20	X			X								<i>Sandra Milena Varela</i>
21	5	20	X			X								<i>Sandra Milena Varela</i>
22	5	20	X			X								<i>Sandra Milena Varela</i>

Yo, Sandra Milena Varela Identificado (a) con CC: 40340723 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800010303



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Juli Beltran Montes</u>	Código <u>40218044</u>	Identificación <u>JCSO</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	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	20				X							Juli B.
12	5	20				X							Juli B.
13	5	20				X							Juli B.
14	5	20				X							Juli B.
15	5	20				X							Juli B.
16	5	20				X							Juli B.
18	5	20			X	X							Juli B.
19	5	20			X	X							Juli B.
20	5	20			X	X							Juli B.
21	5	20			X	X							Juli B.
22	5	20			X	X							Juli B.

Yo, Juli Beltran Montes Identificado (a) con CC: 40218044, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Dorango Mosquera Diego Fernando</u>	Código <u>1107054334</u>	Identificación <u>JCSO</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	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11	5	20											
12	5	20											
13	5	20											
14	5	20											
15	5	20	1	-	-	1	-	1 bot.	-	-	1	-	Diego Dorango M.
16	5	20											
18	5	20	1	1	-	1	-	1 bot.	-	-	1	-	Diego Dorango M.
19	5	20											
20	5	20	1	1	-	1	-	1 bot.	-	-	1	-	Diego Dorango M.
21	5	20											
22	5	20	1	1	-	1	-	1 bot.	-	-	1	-	Diego Dorango M.

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Claudia Garzon	40398.099	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11	5	2020												
12	5	2020												
13	5	2020												
14	5	2020	X			X					X			
15	5	2020	X			X					X			
16	5	2020	X	X		X					X			
17	5	2020	DOMINGO											
18	5	2020												
19	5	2020	X	X		X					X			
20	5	2020												
21	5	2020	X	X		X					X			
22	5	2020												

Yo, Claudia Garzon identificado (a) con CC: 40398.099, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	C.C.I.F.	Unidad
ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	1121914029	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma		
	Cuñas	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas univeschubus	Tapabocas IPS con válvula	Gaunters de látex	Gaunters de nitrilo	Gaunters de nylon	Bata desechable			Polainas	
4	5	2020				X		X					
5	5	2020				X		X					
6	5	2020	X	X		X		X		X		SE REALIZO ATENCION PRESENCIAL.	
7	5	2020				X		X					
8	5	2020				X		X					
9	5	2020				X		X					
11	5	2020				X		X					
12	5	2020				X		X					
13	5	2020				X		X					
14	5	2020				X		X					
15	5	2020				X		X					
16	5	2020				X		X					
18	5	2020				X		X					
19	5	2020				X		X					
20	5	2020				X		X					
21	5	2020				X		X					
22	5	2020				X		X					
23	5	2020				X		X					
26	5	2020				X		X					
27	5	2020				X		X					
28	5	2020				X		X					
29	5	2020				X		X					
30	5	2020				X		X					
31	5	2020				X		X					

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
 VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GD)003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

ADSCRITO Y NOMBRE COMPLETO JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	CÓDIGO 12565313	UNIDAD CONSULTA EXTERNA
--	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo de Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 173 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24, numeral 5, se encuentra haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (D/M/AÑO)	Cofia	Mantopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Botinas	Observaciones	Firma
4 / 5 / 2020	X	X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
5 / 5 / 2020	X	X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
6 / 5 / 2020											NO SE ATENDIERON PACIENTES DE FORMA PRESENCIAL	<i>[Signature]</i>
7 / 5 / 2020											NO SE ATENDIERON PACIENTES DE FORMA PRESENCIAL	<i>[Signature]</i>
8 / 5 / 2020	X	X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
9 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
11 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
12 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
13 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
14 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
15 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
18 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
19 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
20 / 5 / 2020		X	X	X	X			X				<i>[Signature]</i>
21 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
22 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
23 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
26 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
27 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
28 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
29 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
30 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>
31 / 5 / 2020												<i>[Signature]</i>

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
 Lima, Correo Nacional, 01000191033
VIGILADO



4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
18 5 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>[Firma]</i>
19 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
20 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
21 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
22 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
23 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NAIRA GUERRA VARGAS	1,121,889,427	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	Pelotas		
18 5 20				X		X			X			<i>[Firma]</i>
19 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
20 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
21 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>
22 5 20				X		X						<i>[Firma]</i>

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 5 20			X		X				X		Gorro quirurgico	
19 5 20			X		X							
20 3 20			X		X							
21 4 20			X		X							
22 4 20			X		X							
23 5 20			X		X							

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

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

Apellidos y Nombres Completos ADRIANA LORENA REY	Cédula 1,019,071,171	Unidad ASISTENCIAL
--	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 5 20			X		X				X		Gorro quirurgico	
20 5 20			X		X							
21 4 20			X		X							
23 5 20			X		X							

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 5 20				X		X			X		Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
19 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
20 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
21 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
22 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
23 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 5 20				X		X			X		Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
19 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
20 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
21 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
22 5 20				X		X						<i>[Signature]</i>
23 5 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.



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

Apellidos y Nombres Completos IMNA MENDIETA CONTRERAS	Cédula 52,045,168	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 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	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
18 5 20				X		X		X				Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
19 5 20				X		X							<i>[Signature]</i>
20 5 20				X		X							<i>[Signature]</i>
21 5 20				X		X							<i>[Signature]</i>
22 5 20				X		X							<i>[Signature]</i>

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

4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos HERNAN DARIO RAMOS	Cargo MEDICO GENERAL	Unidad ASISTENCIAL
--	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal											Brigada de emergencia						Firma	Observaciones			
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Cofia	Gafas de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pajamas	gorro, Cuel 7	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon	Linterna			Radio de Onda corta	Paleta (Pare / Segal)	
18 5 2020								X		X			X												<i>[Signature]</i>	
19 5 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
20 5 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
21 5 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	
22 5 2020								X		X															<i>[Signature]</i>	

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

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,



	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Version:
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	Cargo MEDICO GENERAL	Unidad ASISTENCIAL
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General			Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia					Firma	Observaciones						
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Coifa	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pósteras	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo			Silbato	Guantes de nylon	Linterna	Ratlo de Onda corta	Paseta (Pare / Signo)	
11 5 2020																										
11 5 2020								X		X			X													Diego A. Baron
21 5 2020								X		X																Diego A. Baron
21 5 2020																										

Yo, Diego A. Baron identificado (a) con CC: 1001987 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Version: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	Cargo JEFE ENFERMERIA	Unidad ASISTENCIAL
---	---------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General			Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia					Firma	Observaciones						
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Coifa	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Pósteras	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo			Silbato	Guantes de nylon	Linterna	Ratlo de Onda corta	Paseta (Pare / Signo)	
18 5 2020								X		X			X													
19 5 2020								X		X																
20 5 2020								X		X																
21 5 2020								X		X																
22 5 2020								X		X																

Yo, Andrea Santos R. identificado (a) con CC: 90.449.576 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

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

VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos DIANA MARCELA SANCHEZ	Cargo AUXILIAR ENFERMERIA	Unidad ASISTENCIAL
---	-------------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones					
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tercia	Colla	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Rafo de Onda corta	Pala (Pare / Sign)		
18 5 2020								X		X			X													<i>[Signature]</i>	EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
19 5 2020								X		X																<i>[Signature]</i>	
20 5 2020								X		X																<i>[Signature]</i>	
21 5 2020								X		X																<i>[Signature]</i>	
22 5 2020								X		X																<i>[Signature]</i>	

Yo, Diana Marcela Sanchez-Alca Identificado (a) con CC: 412056243 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos MARIAN GISELLE CASTRO	Cargo MEDICO GENERAL	Unidad ASISTENCIAL
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones					
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tercia	Colla	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Silbato	Guantes de nylon			Linterna	Rafo de Onda corta	Pala (Pare / Sign)		
18 5 2020								X		X			X													<i>[Signature]</i>	
19 5 2020								X		X																<i>[Signature]</i>	
20 5 2020								X		X																<i>[Signature]</i>	

Yo, Marian Giselle Castro Identificado (a) con CC: 9111009319 Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

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



	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Unidad ADMINISTRATIVO
---	---	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Sillabito	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Pala (Pare / Siga)	
3 5 2020									X	X			X												<i>[Signature]</i>	EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
3 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	
10 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	
11 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	
12 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	

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

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
 Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

	FORMATO DE ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 02
		ene-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Unidad ADMINISTRATIVO
--	---	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Dotación General				Elementos De Protección Personal										Brigada de emergencia						Firma	Observaciones				
	Vestido administrativo	camisa	corbata	Uniforme (Conjunto)	Zapatos - Tenis	Cofia	Gafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Bata blanca	Bata desechable	Polainas	otro, Cual ?	Brazalete	Chaleco reflectivo	Sillabito	Guantes de nylon			Linterna	Radio de Onda corta	Pala (Pare / Siga)	
18 5 2020									X	X			X												<i>[Signature]</i>	EL UNIFORME DE DOTACION SE ENTREGA ANUALMENTE
19 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	
23 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	
21 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	
22 5 2020									X	X															<i>[Signature]</i>	

Yo, MARIA OLINDA MURILLO HERRERA Identificado (a) con CC: 40449784, Recibo a conformidad la dotación y elementos de protección personal, ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar la dotación, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

USO Y CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN
 Por favor, marcar con una X si recibe el elemento,

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle Comercio Nacional, 01600019033
 Bogotá, D.C.

VIGILADO



4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare
4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Socha Barreto Yorz Jackson.</u>	<u>1118.574733.</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 05 2020	X											Cuenta con mascarilla artificial.	
21 05 2020	X			X									

Yo, Yorz Socha identificado (a) con CC: 1118.574733, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad, además de...

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Peñaranda Caballero Harold Guillermo</u>	<u>84455111</u>	<u>Asistencial</u>

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres completos	Cédula	Unidad
Uva Pelayo Henry David	9432965	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 05 2020	X*3			X*3		X*3						Paquete *3 unidades de g.	[Firma]
19 05 2020	X*5			X*5		X*5						Paquete *5 unidades C/O.	[Firma]
19 05 2020					1.							Tapabocas N95 sin filtro.	[Firma]

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
13 05 2020	X*4			X*4		X*4						Se entrega para completar sin	[Firma]
19 05 2020	X*4			*4		X*4						Paquete *4 - Guantes aga adhesión	[Firma]
20 05 2020					X							sin válvula.	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Version: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ceciel Patiño Natalia	118570378	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
15 05 2020	X										Paquete con mascarillas reutilizables.	Natalia Ceciel
21 05 2020	X											Natalia Ceciel

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Version: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Duarte Santos César Alberto	1047438183	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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas		
13 05 2020	X			X		X					Paquete * 4 unidades.	César Duarte
19 05 2020	X			X		X					Paquete * 4 unidades.	César Duarte
20 05 2020					X						sin valvula	César Duarte

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Fonseca Leon Soledy	Cédula 1049626173	Unidad Asistencia
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
21 05 2020	3				1							sin valvula.	

Yo, Soledy Paola Fonseca L. Identificado (a) con CC: 1049626173, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los,

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Charry Yuleis Vanessa	Cédula 1090015590	Unidad Asistencia
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
15 05 2020	X											Tiene mercancilla: reutilizable.	
21 05 2020					X							sin valvula / Guantes en disponibilidad.	

Yo, Yuleis Vanessa Charry Grama Identificado (a) con CC: 1090015590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Mónica Hincapié	Jersalud Boyacá	Jenny Solano Cárdenas

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Luz Amparo Ayala	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Castro

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

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

TOTAL	12	1	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



	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
2005-2020	Maria Isabel Moreno	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Cuatrecasas

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			Ojo correcto de fofabocaj
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección 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			Ojo de goro desorden
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	203	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100f.	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Jhon Carlos Escandon	Jersalud Tunja	Jenny Gabriela Gutierrez

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Blanca Nidia Vargas	Jersalud Tunja	Jenny Sobredo Arbetiza

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019032
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Yoli Patricia Ovalle	Jersalud Tuna	Jenny Gabriela Gutiérrez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Oficina General de Asesoría Jurídica, D.C.
 Urea Corrales Nazari, 01800010302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Diego Rojas	Admin Tujia	Jenny Gabriela Estévez

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

TOTAL	11	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
 Lima, Coram Nacional, 01800010302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-20	Karol Skella Fernández	Jersalud Tunjo	Jenny Gabriela Sotomayor

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

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

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

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

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



	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
21-05-2020	Maria Paula Rojas	Jersalud Tonia	Jenny Gabriela Gutierrez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-20	Andrés Zúñiga	Jersalud Tanya	Jenny Gabriela Cortez

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Corina Naranjo, 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Anderson vacca	Jordy Tujá	Jenny Gabriela Sánchez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Vigilancia y Control de Alimentos (DIGESA)
 Lima, Correo Electrónico: 01800019039
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
20-05-2020	Jose Enrique Medina	Jersalud Tiroja	Jenny Gabriela Ochoa

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

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

TOTAL	10	1	0	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">PUNTAJE</th> </tr> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </table>		PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
PUNTAJE													
0% - 80%	NO CUMPLIDO												
80% - 94%	ACEPTABLE												
95% - 100%	SOBRESALIENTE												
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90,91%												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Oficina Nacional, 01800010302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Geison Escobedo	Jersalud Tingá	Terry Edmundo 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			uso de tapabocas
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección 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	M O A
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional 1, Bogotá D.C.
 Teléfono: (01) 2600910333
VIGILADO



5.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta

	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
21-06-2020	Nini Johana Pera	Asistencial	Aura Cristina Londoño O.

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800910303
 Línea Correo Nacional: 0800910303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Yamile Sabogaal	Asistente	Ayia Cristina Londono 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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Uso correcto del tapabocas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso del forabata
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son 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 3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01000010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
21-05-2020	Jairo Santamaria	Asistencial	Area Critica lordono D

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/ UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
21-05-2020	Ivan Camilo Puentes	Asistencial	Ausa Cristina Lombardi D.

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

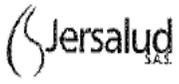
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso correcto del tapabocas
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
21-05-2020	Bianca Li Corcuja	Asistencial	Aura Cristina Lombardi

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Mónica Emilia Navarro	Asistencial	Aura Cristina Londoño D.

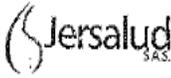
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Uso correcto del tapabocas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Bata desechable.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso del tapabocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son 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
 Línea Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
23-05-2020	Windy Gaitan	Asistencial	Aura Cristina Londono

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

No	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso correcto del tapabocas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Bata desechable.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso de tapabocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son 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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Unidad Central Nacional - U.C.N.
 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Angelica Larranaga	Asistencial	Aora Cristina Lombro

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			se recomienda el uso del tapabocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son de un solo uso, si que 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	11 0 4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comandante Nariño, 01000190303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Guily Rojas	Asistencial	Aura Cristina Lombardi 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	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			Se recomienda el uso del tapabocas
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son 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 prácticas de seguridad)			X	

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

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



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Ginna Kating Arango	Asistencial	Aura Cristina Londono Quera

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Darwin Gomez	Asistencial	Ayda Cristina Lombardi

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
23-05-2020	Sandra Varela	Administrativa	Aura Cristina Lombardi

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso correcto del tapabocas
2	Utiliza las guantas específicas para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o 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 uso del tapabocas
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son 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 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	

TOTAL	9 0 6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 30%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-05-2020	Paola Toboica	Administrativo	Aura Cristina Lombro D.

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 puede generar salpicadura.	X			uso correcto del tapabocas
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso del tapabocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos. Serán en 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 practicas de seguridad)			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional 1, Bogotá D.C.
 Teléfono: (57) 01 2600910333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
21-05-2020	Aurca Milena Roo.	Administrativa	Aurca Cristina Lombardi O.

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia Epidemiológica D.C.
 Unidad Control y Vigilancia Epidemiológica 0180001910302
VIGILADO



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
22-05-2020	Milbany Sarmiento	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
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	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Casanare Nacional: 018000190383
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22-05-2020	Johana Rincon	Administrativa	Yeella 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
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0100019100032
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Soleidy Fonseca	Asistencial	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
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			Se les hace entrega de EPP desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PUNTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </tbody> </table>		PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
PUNTAJE													
0% - 80%	NO CUMPLIDO												
80% - 94%	ACEPTABLE												
95% - 100%	SOBRESALIENTE												
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Jenny Rincón	Administrativa	Ysella González C.

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	9	1	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Natalia Cediel	Asistencia	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	13	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Corina Herrera, 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	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
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-05-2020	Yotz Jackson Socha	Administrativo	Ysella Gonzalez

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 del E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	7 0 8	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 de Vigilancia y Control Epidemiológico
 Calle Comuna Nacional, 010000100033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-08-2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01000191033
VIGILADO



6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA/003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	
12/05/2020	Maria Paula Romero	Aux Administrat.	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I
18/05/2020	KAROL G. FERNANDEZ	TRABAJADOR SOCIAL	ASISTENCIA Y ADMINISTRATIVA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I
18-05-2020	Claudia Yaneth Rodriguez Nunez	Aux Calidad	Administrativo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I
18-05-2020	Jenny Gabriela Sotero	Analista SST	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I
18-05-2020	Erika Besigosa	Asistente Adm.	Admin.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I
18-05-2020	Maria Paula Romero	Aux Admon.	Admin.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
18-05-2020	Doris Mariela Eche	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
18-05-2020	Erika Besigosa	Asistente Adm.	Admin.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
18-05-2020	Jenny Sotero	Analista SST	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
19/05/2020	Maria Paula Romero	Aux Admon.	Admon.	NO	NO	36.4°	NO	NO	NO	NO	I
19-05-2020	Doris Mariela Eche	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	35.4°	NO	NO	NO	NO	I
19-05-2020	Erika Besigosa	Asist. Adminis	Administrativa	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	I
19-05-2020	KAROL G. FERNANDEZ	TRABAJADOR SOCIAL	ASISTENCIA Y ADMINISTRATIVA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I
19-05-2020	KAROL G. FERNANDEZ	TRABAJADOR SOCIAL	ASISTENCIA Y ADMINISTRATIVA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
19-05-2020	Maria Paula Romero	Aux Administrativa	Admon.	NO	NO	36°	NO	NO	NO	NO	S
19-05-2020	Doris Mariela Eche	Aux Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.2°	NO	NO	NO	NO	S
20-05/2020	Maria Paula Romero	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.4°	NO	NO	NO	NO	I

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA/003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	
20-05-2020	Doris Mariela Eche	Aux Administrativa	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	I
20-05-2020	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	I
20-05-2020	KAROL G. FERNANDEZ	TRABAJADOR SOCIAL	ADMN Y ASISTENCIA	NO	NO		NO	NO	NO	NO	I
20-05-2020	Erika Besigosa	Asist. Admin	Asist. Admin.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	I
20-05-2020	Maria Paula Romero	Aux Admon	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	S
20-05-2020	Doris Mariela Eche	Aux Administrativa	Admon	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	S
20-05-2020	Maria Paula Romero	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	I
21-05-2020	Doris Mariela Eche	Aux Administrativa	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	I
21-05-2020	Jenny Gabriela Sotero	Analista SST	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	I
21-05-2020	Erika Besigosa	Asist. Admin	Admin.	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	I
21-05-2020	Jenny Gabriela Sotero	Analista SST	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	S
21-05-2020	Erika Besigosa	Asist. Admin	Admin.	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	S

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

VIGILADO



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGAA/003 Versión 1 abr-20 1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/2020	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	DIANA CECILIA	AUX. ADMN	ADMN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	Hidaly Triana	Aux Administr	Administrat.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-5-2020	Lina Arcega	AUX ADIA	Admin.	NO.	NO.	NO	NO	NO	NO	NO
18-05/2020	Jesé Luis Jimenez	AUX ADMINISTR	Administrat.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO.
18-05/2020	Nancy megalan	Medico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18 05/20	Carlos F. Estan	Medico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Glaura Bebel Amato	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Angelo Dely Tolo	Medico Grad	Medico	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18 05 2020	Juan Robinson	Md. GEN-1	ASISTENCIAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18 5 2020	Orivaldo Gutierrez	M. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05/20	Nancy megalan	Medico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18 05/20	Carlos F. Estan	Medico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Hidaly Triana	Aux Adminis	Administr	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-20	DIANA ACERO	ENFERMERA	Asistencial	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18 05 20	Juan Robinson	Medico	ASISTENCIAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Orivaldo Gutierrez	Medico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGAA/003 Versión 1 abr-20 1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia
18-05-2020	Jesé Luis Jimenez (A)	Aux Administrativa	Linea de apoyo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Glaura Bebel Amato	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	Diana Cecilia	AUX ADMINISTR	ASISTENCIAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-5-20	Lina Arcega	AUX ADMN	SIAN.	NO.	NO.	NO	NO	NO	NO	NO
18-5-20	Alejandra Pineda	AUX ADMN	Linea def.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO.
18-05-2020	Angelo Dely Tolo S	Medico	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIG(A)003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Verificar serología (liberar con uno o los variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
21-05-2020	María Constanza P	Aux Adm	SENA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Amor Zoraida Cordero	Aux Adm	LINEA FRONTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Sandra Malaver	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Deisy Carolina Hernández	coord	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Deisy Vargas B	aux enfermera	asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Cesar Camillo	MD	CERT	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	MILENA A QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Sebastián Rivera	Medico	CERT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Ana Romero	Aux Administrativo	LINEA FRONTE	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Sebastián Rivera	Medico	CERT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Cesar Camillo	MD	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-05-20	Giovanni Rodriguez	MD	C.Esp.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
21-5-20	Elida De la Cruz	MD	CERT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIG(A)003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Verificar serología (liberar con uno o los variables que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ostralgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
20-05-20	Sandra Malaver	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	MILENA A QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Constanza P	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Deisy Carolina Hernández	Coord.	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Cesar Camillo	MD	CERT	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Sebastián Rivera	Medico	CERT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Ana Romero	Aux Administrativo	LINEA FRONTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Amor Zoraida Cordero	Aux Administrativa	LINEA FRONTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Elida De la Cruz	Medica	Medica	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA
20-05-20	Giovanni Rodriguez	Medico	Medico	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	MIRAGA

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



	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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia
19-05-2020	Miguel Contreras Bonilla	Aux Adm	Sicov	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Arzuzauido Cabe	Aux Administrativa	línea frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Aina Romero	Aux Adm	línea de frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	MILGAA GUMERO T.	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Deisy Vargas	aux enfermera	asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Cesar Camillo	M.D	Q.E.S.T	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Sandra Peláez	Aux Admin	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Carolina Hernández	coord asist	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Sebastian Rivera	medico	Cesat	NO	NO	NO	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	Odorofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/2020	MILGAA GUMERO T.	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Deisy Camilla H.	COORD ASIST	Administr.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Maria C Barrios	Aux Adm	Adm	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Arzuzauido Cabe	Aux Administrativa	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Cesar Camillo	M.D	Q.E.S.T	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Aina Romero	Aux Adm	Aux Adm	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Sandra Peláez	Aux Admin	Admin	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		PISAMNO Versión 2 may-20 1 DE 1
--	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si sintomatología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adormecimiento	(Trabaja en otra entidad?)		
21-05-2020	Nelly MIZA	UUX Sg.	Sg.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Miza
21-05-2020	Doris Evelina Aeth	Aux Labor.	Sociales	SI	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Doris Evelina Aeth

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		PISAMNO Versión 2 may-20 1 DE 1
--	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si sintomatología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrhea	Fatiga y Adormecimiento	(Trabaja en otra entidad?)		
20-05-2020	Doris Carolina Aeth	Aux Lab	Tomas Othos	SI	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Doris Carolina Aeth
20-05-2020	Nelly MIZA	UUX Sg.	Sg.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Miza
20-05-2020	Carolina Sotelo	Otorrinolaringólogo	Otorrinolaringólogo	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Sotelo
20-05-2020	Oscar Parra	Aux Farmacia	Aux Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Oscar Parra

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

VIGILADO



6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia
19/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
20/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
20/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	SIRLEY RONCANCIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	MILEIDY MELISA CARDENAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
21/05/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	JULIANA SUAREZ	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	GLORIA BALLESTEROS	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										F(GAA)003
										Versión: 1
										abr-20
										IDE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/2020	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NA	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	NA	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	NA	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	DEISY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	NA	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	NA	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										F(GAA)003
										Versión: 1
										abr-20
										IDE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
19/05/2020	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	DEISY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO



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	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
19/05/2020	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	DEISY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO

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	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
20/05/2020	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	LEIDY YAZMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	DEISY YANETH GARCIA RUIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINE	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Garagoa

Jersalud										FIGA/003 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 sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	
18/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	
21/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	
21/05/20	Diana González	Enfermera	consulta externa	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	

Jersalud										FIGA/003 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 sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	
18/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	
18/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	
19/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	
19/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	
20/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	
21/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	
21/05/20	Fanny Carcedo	Aux Enfermera	Enfermería	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GAA)003
		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
18/05/20	Mery Camelo	Aux Adminis	Linea Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/20	Mery Camelo	Aux Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Mery Camelo	Aux Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Mery Camelo	Aux Adminis	Linea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Mery Camelo	Aux Adminis	Linea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Mery Camelo	Aux Adminis	Linea de Frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Mery Camelo	Aux Adminis	Linea de Frente	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Mery Camelo	Aux Administrativo	Linea de Frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GAA)003
		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
18/05/20	Armando D.	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/20	Armando D.	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/05/20	Armando Domínguez	Médico	consulta externa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Corrala Nacional: 01800010333
VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Version: 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)						
				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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
21/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO
21/05/2020	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Linea de frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 14 de Septiembre No. 1000, Ciudad de Guatemala, D.C.
 Unidad Central Nacional, 01800010303



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA/003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1
--	--	---

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
21/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO
21/05/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA/003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1
--	--	---

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
20/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	37.9	NO	NO	NO	NO
21/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO
21/05/2020	Niyreth Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 010000190303
VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38 °C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
18-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	OCASIONAL	NO
18-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 A.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020 P.M.	KAREN YESENIA FRANCO VARGAS	JEFE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000191383
 Línea Corrala Soatá: 018000191383
VIGILADO



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta
6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Grado	Área de Destino	Está correctamente vacunado contra enfermedades e inmunizado	No ha sido sometido a prueba con resultado positivo para enfermedades por inmunización	Puntaje total mayor a 30%	Tax	Dispositivos Respiratorios	Oficinas	Faltas y Absencias	¿Trabaja en un edificio?	Firma del trabajador
22-05-20	Maurice Quinto	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Juliana Chacón	Aux Admin	Administr	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Sandra Ferrera	Calidad	Administra	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Daniela Castro	Aux Calidad	Administra	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Solimar Linares	Coord. Sede	Administra	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Diana Duarte	Gerente	Administra	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Alicia Jondano	SSA	Administra	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Maria Bonilla	Aux talento	Administra	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Miriam Jimenez	Análisis de	Administra	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Selastion Peña	Aux Factura	Administra	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Jessica Conán	Aux Admin	Administra	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Tatiana Melo	Coord talento	Administra	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Grado	Área de Destino	Está correctamente vacunado contra enfermedades e inmunizado	No ha sido sometido a prueba con resultado positivo para enfermedades por inmunización	Puntaje total mayor a 30%	Tax	Dispositivos Respiratorios	Oficinas	Faltas y Absencias	¿Trabaja en un edificio?	Firma del trabajador
22-05-20	Katherine Ingal	Aux Admin	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Alexandra Poma	Aux Admin	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Diego Bocanegra	Aux Admin	Administra	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Sandra Varela	Aux Admin	Administra	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Yuli Beltrán	Aux Admin	Administra	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Maria Navarro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Juli Rojas	Medico General	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Jovanna Cordero	Medico General	Asistencia	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Karina Arango	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Angelica Barragan	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	
22-05-20	Mareela Uvalde	Aux Odontol	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Camila Gomez	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Luz Mary Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Luz Dayi Zam	Rec. In. General	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Luz Adelma	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	León Guerrero	M. familiar	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Leani Ortiz	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Arline Rivera	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Greya Teller	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Maly Zamora	Aux laborator	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Ronnie Valencia	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
22-05-20	Diana Alendano	Aux Laborist	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva de Operación y Control
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FECHA	NOMBRE Y APellidos del Trabajador	CODIGO	AREA DE DEPENDENCIA	¿Puede ser atendido en el caso de emergencia o accidente?	¿Ha recibido capacitación adecuada para enfrentar por riesgo de incendio?	Temperatura superior a 30°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fiebre y Adenitis	¿Trabaja en otros edificios?	Firma del funcionario
21-05-20	Erica Tella	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Dina Villalobos	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Harly Romero	Aux laboratorista	Asistencia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Romy Valencia	laborador	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Sebastine Chingrit	Aux Admin	Admin	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Sandra Pardo	coordinadora	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Higuel Reina	ingeniero	Admin	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Daniela Castro	Aux. calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Dany Oante	Gerente	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Liana Bonilla	Asistente TI	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Arletta Moreno	analista fact	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Sebastian Falla	Aux. factoria	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Kiara Melo	Jefe Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	ROSICA CARON	Asistente Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Julia Beltran	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Candira Varela	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Van. Prantes	medico	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
21-05-20	Lady Velazquez	medico	Asistencia	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
21-05-20	Nina Pena	medico	Asistencia	NO	NO	37.2	SI	SI	SI	SI	SI	[Firma]
21-05-20	Jairo Sarmiento	medico	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21-05-20	Carmita Gomez	odontologa	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Camille Salgado	medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22-05-20	Wilson Gutierrez	Celador	Asistencia	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	CODIGO	AREA DE DEPENDENCIA	¿Puede ser atendido en el caso de emergencia o accidente?	¿Ha recibido capacitación adecuada para enfrentar por riesgo de incendio?	Temperatura superior a 30°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fiebre y Adenitis	¿Trabaja en otros edificios?	Firma del funcionario
21-05-20	Windy Garcia	Aux. enfermera	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Daniel Gomez	medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Wilson Gutierrez	Seguridad	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Luz dary Pardo	Aux Ambient	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Lucia NOG	Aux. Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Blanca Carrero	Aux enfermera	Asistencia	SI	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Paola Tribilina	Aux. Admin	Admin	SI	NO	35.9	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Claudia Garzon	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Julia Rojas	medico	Asistencia	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21-05-20	Yanna Arango	medico	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Angela Camacho	medico	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Angel Calamangue	medico	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21-05-20	Mirella Morales	Aux. odontolo	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Floralba Castro	odontologa	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Rebeca Carrero	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Jocelyn Cordero	medico	Asistencia	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Jorge Romero	Psicologo	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Marina Forzato	Gerontologa	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21-05-20	Resal Baquer	farmacista	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Jenny Gutierrez	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Yarlen RIVERA	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-05-20	Paola Galindo	Jefe enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



Fecha		Nombre y Apellido del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Si el caso presenta síntomas de influenza o sarampión	Si ha sido contactado estrechamente con caso confirmado por seropositividad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Faringo y Amigdalitis	Trabaja en otro contacto?	Firma del funcionario
20-05-20	Jairo Santamaria	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Juan Camilo Puente	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Signature]
20-05-20	Nina Johana Pena	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Signature]
20-05-20	Daniela Sabogal	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Signature]
20-05-20	Florencia Castro	Odentologa	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

Fecha		Nombre y Apellido del Trabajador		Cargo	Área de Desempeño	Si el caso presenta síntomas de influenza o sarampión	Si ha sido contactado estrechamente con caso confirmado por seropositividad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Faringo y Amigdalitis	Trabaja en otro contacto?	Firma del funcionario
20-05-20	Diana Duarte	Gerente	Administrativa	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Jessica Canon	Asistente Admon	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Karen Melo	Coord. Admon	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Victor Navarro	Analista facturación	Administrativa	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Sebastian Falla	Aux. facturación	Administrativa	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Aura Cristina Lopera	Analista SST	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Diego Bocanegra	Aux. Admon	Administrativa	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Guly Bethan	Aux. Admon	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Sandra Varela	Aux. Admon	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Jovana Cordoba	Medico General	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Camila Gomez	Odentologa	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Maria Novano	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Sandra Rey	Nutricionista	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Patty Mary Pacheco	Jeft. Enfermería	Asistencia	NO	SI	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Pada Galindo	Jeft. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Diana Luz Villalobos	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
20-05-20	Gracia Tellez	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0800019033



Jersalud												FORMA 002		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2		
												09/20		
												IDE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolol	Ha iniciado contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otro ciudad	Firma del Asesorado		
20-05-20	Pilar Avendaño	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Arce		
20-05-20	Alexandra Perera	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	SI	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carla		
20-05-20	Merly Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Mely Rivas		
20-05-20	Katherine Chingel	Aux. Admon.	Administrativo	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine		
20-05-20	Ronnie Velencia	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ronnie		
20-05-20	Uliana Chacon	Bacteriologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Uliana		
20-05-20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar		
20-05-20	Angela Camacho	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Angela		
20-05-20	Mónica Antunez	Cuidado de salud	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Mónica		
20-05-20	Marcia Moreno	Alta odontología	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Marcia		
20-05-20	Milly Sanchez	Higiene de	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Milly		
20-05-20	Jenny Gutierrez	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny		
20-05-20	Garbines Ruvica	Aux. enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Garbines		
20-05-20	Sandra Penaloza	Serv. Calidad	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra		
20-05-20	Angie Carrero	Aux. Calidad	Administrativo	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Angie		
20-05-20	Tereth Ojeda	Asesoría SENA	Administrativo	NO	NO	36.1	SI	NO	NO	NO	NO	Tereth		
20-05-20	Luisa Umara	Asesoría SENA	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luisa Umara		

Jersalud												FORMA 002		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 1		
												09/20		
												IDE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolol	Ha iniciado contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondología	Fatiga y Adinamia		Firma del Asesorado		
19-05-20	Juan Camilo Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO		Juan Camilo		
19-05-20	Nina Johana Pena	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO		Nina Johana		
19-05-20	Yamile Subaogal	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO		Yamile		
19-05-20	Yuly Beltrán	Aux. Admon.	Administrativo	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO		Yuly		
19-05-20	Sandra Varela	Aux. Admon.	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO		Sandra		
19-05-20	Mónica Gamboa Gomez	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO		Mónica		
19-05-20	Melina Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO		Melina		
20-05-20	Angelica Lora Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO		Angelica		
20-05-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO		Darwin		
20-05-20	José Alberto Ramos	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO		José		
20-05-20	Paola Tutilola	Aux. Admon.	Administrativo	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO		Paola		
20-05-20	Bianca Li Camargo	Aux. Enfermería	Asistencial	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO		Bianca		
20-05-20	Yuly Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO		Yuly		
20-05-20	Carla Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO		Carla		
20-05-20	Soledad Umara	Coord. Asistencial	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO		Soledad		
20-05-20	Aura Milena Paez	Aux. Admon.	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO		Aura		
20-05-20	Johanna Uribe	Ambiente Avico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO		Johanna		

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

VIGILADO



Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
Verificación epidemiológica (Marcar con una X las variables que aplican)										
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	Ondezaga	Fatiga y Adinamia
19-05-20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Garlitos Rivera	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Grecia Teller	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Diana Luz U. Meléndez	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Nolvia Ramos	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Pada Ardea Gallo	Técnico de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Sandra Peribáez	Técnico Calidad	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Ange Carrero	Aux. Calidad	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Kenneth Quijola	Aprendiz SEVA	Administrativa	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO
19-05-20	Luisa Umarrin	Aprendiz SEVA	Administrativa	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Diany Quarte	Gerente	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Karen Melo	Coord. Admon	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Jessica Canon	Asistente Admon	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Meriva Jose Bonilla	Asistente TH	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Schraibman Falla	Aux. Recolección	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Amy Gabriela Lucero	Analista QOT	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Jairo Santamaría	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
Verificación epidemiológica (Marcar con una X las variables que aplican)										
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	Ondezaga	Fatiga y Adinamia
19-05-20	Olger Linares	Coord. Asistencial	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Aurei Poci	Aux. Admon	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Angelica Camacho	Médico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Pilar Puendeno	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Alexandra Parra	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Merly Fomero	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Katherine Chingón	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Luz Day Ramirez	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Claudia Garzon	Aux. Admon	Administrativa	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Bonnie Velencez	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	35	SI	NO	NO	NO
19-05-20	Liliana Charon	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Windy Gersten	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Medelio Ambury	Químico de laboratorio	Asistencial	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Flore Alba	Oftalmólogo	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Microcler Moreno	Aux. Oculista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Cesar Guerrero	Médico Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 0800010303
VIGILADO



Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FIGAA003										
Versión: 1										
de 28										
1 DE 1										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar y registrar (Marcar con una X los valores 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	Ondalaja	Fatiga y Adinamia
18-05-20	Pilar Avendaño	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Genier Guerrero	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Petrona Caceres	Ambiente Frio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Paola Tolibala	Aux. Admon	Administrativa	SI	NO	36.3	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Aura Milena Paz	Aux. - Admon	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Juan Emilio Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Melina Navarro	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Nina Johana Pasa	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	SI	NO
18-05-20	Samuel Escobedo	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Jairo Santamaria	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Angelica Linares	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Orwin Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	SI
19-05-20	José Adolfo Romero	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Paola Tolibala	Aux. Admon	Administrativa	SI	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Blanca Li Campes	Aux. Enfermería	Asistencial	SI	NO	35	SI	NO	SI	NO
19-05-20	Yoly Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO
19-05-20	Giina Arango	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FIGAA003										
Versión: 1										
de 28										
1 DE 1										
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar y registrar (Marcar con una X los valores 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	Ondalaja	Fatiga y Adinamia
18-05-20	Marcela Morales	Aux. Odonólogo	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Ruth May Basco	Jefe. Enfermería	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Jenny Gutierrez	Plan. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Carlines Rivera	Aux. Enfermería	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Miguel Berna	Ingeniero soporte	Administrativa	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Olga Saldad Utrera	Coord. Asistencial	Administrativa	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Sandra Perdomo	Jefe Calidad	Administrativa	SI	NO	36.5	SI	NO	SI	NO
18-05-20	Angie Carrero	Aux. Calidad	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Katrin Melo	Coord. Admon	Administrativa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Jessica Camon	Asistente admon	Administrativa	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Sebastian Feller	Aux. Fabricación	Administrativa	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Liliana Charcon	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Ronnie Valencia	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Aura Cristina Lopez	Analista SST	Administrativa	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Meryl Romero	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Alexandra Parro	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	SI	35.9	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Katherine Chingate	Aux. laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 0800010303
VIGILADO



Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FIGA003										
Versión: 1										
ab-20										
1 DE 1										
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	Odofagia	Fatiga y Adinamia
15-05-20	Scndra Varela	Aux. admin	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO
15-05-20	Yuli Betrán	Aux. admin	Admin.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO
15-05-20	Yolán Puentes	Medico	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
15-05-20	Yamile Saavedra	Medico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO
15-05-20	Yuli Peña	Medico	Asistencial	SI	NO	36.3	NO	NO	SI	NO
15-05-20	Camilla Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Luis Rodriguez	Cuidado de Seguridad	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Diego Becerra	Aux. Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Yuli Betrán	Aux. Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Scndra Varela	Aux. Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Jovana Corcobá	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Genia Reina Araya	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Yuly Rojas	Medico General	Asistencial	SI	NO	36.3	NO	NO	NO	SI
18-05-20	Angelica Llanusa	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Mara Gemma Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO
18-05-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FIGA003												
Versión: 1												
ab-20												
1 DE 1												
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	Odofagia	Fatiga y Adinamia	Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
22/05/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/05/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/05/2020	HERNANA RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/05/2020	MARIAN CASTRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/05/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	SÓNIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/05/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Linea de Atención al Paciente: 01800010302
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)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
20/05/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
20/05/2020	HERNANA RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
20/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
20/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
20/05/2020	JAVIER HERRERA	RESENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/2020	SONIA BORDOQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
20/05/2020	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													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
21/05/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/05/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/05/2020	HERNANA RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/05/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
21/05/2020	JAVIER HERRERA	RESENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/05/2020	SONIA BORDOQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
21/05/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 1 del 20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
18/05/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	HERNANA RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	SONIA BJORHQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	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												
											FIGA003 Versión 1 del 20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
18/05/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	HERNANA RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	SONIA BJORHQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910303
VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que 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	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
21/05/2020	Nahora Alejandra Priaban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	Lorena Rey Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/05/2020	Inna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/05/2020	Liliana Coleborna Fontana	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/05/2020	Haidley Romero Betran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/05/2020	Jorge Enrique Clavio	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de 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	Cefaleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18/05/2020	Nahora Alejandra Priaban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	Lorena Rey Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/05/2020	Inna Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	Liliana Coleborna Fontana	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/05/2020	Haidley Romero Betran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coramisa Nacional, 01000010032
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FOA(003)
											Versión 1
											May 20
											1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o 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	
14/05/2020	Nelson Alexander Proban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/05/2020	Yadira Tora Pineda	Auxiliar asistencia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/05/2020	Irma Mercedes Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
14/05/2020	Liliana Carolina Fonseca	Médico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
14/05/2020	Heidy Romero Betanc	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FOA(003)
											Versión 1
											May 20
											1 DE 1
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)							Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o 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	
14/05/2020	Nelson Alexander Proban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/05/2020	Yadira Tora Pineda	Auxiliar asistencia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/05/2020	Lorena Iva Rodriguez	Trabajadora Social	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/05/2020	Irma Mercedes Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
14/05/2020	Liliana Carolina Fonseca	Médico general	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
14/05/2020	Heidy Romero Betanc	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Calle 8 de Agosto, No. 100, Bogotá, D.C.
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333



6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

Jersalud												FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												May-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18/05/20	Sandra Patiño	Enferm	P4P	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
19/05/20	Sandra Patiño	Enferm	P4P	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
20/05/20	Sandra Patiño	Enferm	P4P	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
21/05/20	Sandra Patiño	Enferm	P4P	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra

Jersalud												FIGA003	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2	
												May-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18/05/20	Martha Pacheco	Medico	Consult 01	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha P
19/05/20	Martha Pacheco	Medico	Consulto 01	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha P
20/05/20	Martha Pacheco	Medico	Consulto 01	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha P
21/05/20	Martha Pacheco	Medico	Consulto 01	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha P

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Perú - Oficina Central
 Calle Comercio Nacional, 0180001910332



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	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						Firma del supervisor
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ortorrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18/05/20	Leidy H. Flores	Regala	Farmacía	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy H.
19/05/20	Leidy H. Flores	Regala	Farmacía	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy H.
20/05/20	Leidy H. Flores	Regala	Farmacía	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy H.
21/05/20	Leidy H. Flores	Regala	Farmacía	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy H.

6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo 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 apliquen)						Firma del supervisor
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ortorrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2023-05-20	ANA VERA	HEBERR	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-20	ROSAL MATEA VILASQUE	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-20	DEL MARIN PERAZA	ANESTESIA PERIST	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-20	MARIBEL ROSA GARRIBAYO	UNICA DE FRENTI	UNICA DE FRENTA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-20	RODRIG CHAMCHA	COORDINADOR	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-20	SHAYLA SUAZ	ANAL LABORATORIO	UNICA DE FRENTA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-21	JOSÉ MOYA	Medico	C.E	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-21	Verónica Vilasque	Enfermas	C.E	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-21	Luz M. Padua	Anal. Extern	C.E	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-21	Maricela Padua	Anal. Extern	C.E	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2023-05-21	Verónica Chamcha	Anal. Extern	C.E	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional, 0100001910302
VIGILADO



6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

Jersalud										
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										
FICHA 003										
Versión: 1										
Abr-20										
1 DE 1										
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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia
18-05-2020	Milbany Sarmiento	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Johana Rincón	Aux. Admins.	Administ.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Soleidy Fonseca	Trab. Social	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Kelly V. Ruiz	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Cesar Duarte	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Vanesa Charis	Jefe de enfer.	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Karen Solano	Prof. Calidad	Administ.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Henry Uva	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Harold Penaranda	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Arlin Ramirez	Aux. Adm.	Administ.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18-05-2020	Ysella Gonzalez	Asistente	Administ.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Kelly Ruiz	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Cesar Duarte	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Natalia Cede	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Yoriz Socha	Aux. Sistema	Administ.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Henry D. Uva	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19-05-2020	Harold Penaranda	Med. General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FICHA 003												
Versión: 2												
May-20												
1 DE 1												
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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en área crítica?	Firma del trabajador
20-05-2020	Cesar Duarte	Médico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
20-05-2020	Kelly Vanesa Ruiz	Médico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Kelly
20-05-2020	Jenny J. Rincón	Aux. Administrativa	Administat	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
20-05-2020	Milbany Sarmiento	Aux. de enfermería	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milbany
20-05-2020	Karen Solano	Prof. Calidad	Administrativa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Karen
20-05-2020	Vanesa Charis	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vanesa
20-05-2020	Oscar Jimenez	Psicólogo	Asistencial									Oscar
20-05-2020	Doriba Pregonero	Ambiente físico.	Operativo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI/ART.	Doriba
20-05-2020	Harold Penaranda	Médico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Harold
20-05-2020	Henry Dario Uva	Médico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Henry
20-05-2020	Arlin Ramirez	Aux. Administ.	Adm.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Arlin
20-05-2020	Ysella Gonzalez	Asist. Adm.	Adm.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ysella
21-05-2020	Cesar Duarte	Médico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
21-05-2020	Kelly V. Ruiz	Médico General	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Kelly
21-05-2020	Johana Rincón	Auxiliar Adm	Adm.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
21-05-2020	Natalia Cede	Auxiliar Enferm	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Natalia
21-05-2020	Soleidy Fonseca	Trab. Social	Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Soleidy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800909030
 Línea de Atención al Cliente: 0800909030
VIGILADO



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 MAYO 21 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	SALUD SAS DUITAMA		13	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	180	TALLA M 150	35	20	6
2	ALUD SAS - SOGAMOSO		19	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M - 200	25	20	5
3	RSALUD SAS - TUNJA		13	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M - 500	50	40	7
4	UD SAS - CHIQUINQUIRA		13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	100	TALLA M 700	26	20	3
5	ALUD SAS - MONIQUIRÁ		10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	100	TALLA S - 130	20	20	2
6	SALUD SAS - GARAGOA		4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	80	TALLA M 130	22	20	2
7	ALUD SAS - GUATEQUE		4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	60	TALLA M 150	30	20	2
8	RSALUD SAS - SOATA		4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	100	TALLA S - 120	35	20	2
9	SALUD SAS - ALMACEN		17	0	100	TALLA S = 700 - TALLA M=600	60	100	10

6.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO	1000	13	5	165	190 TALLA M – 189 TALLA S	80	200	18
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	30	10	3	35	40 TALLA M	25	50	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	50	10	3	45	45 TALLA M	35	50	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	85	14	7	55	90 TALLA M	50	60	3
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	82	13	5	55	90 TALLA M	50	60	3



6.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A ABRIL 15 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	350	1	2	102	23 CAJAS TALLA M	30	39 PARES	5

7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá



ASISTENTE ADMINISTRATIVO <asistentea.jersalud@gmail.com>

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co <analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co>
Para: "analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co" <analista1.neiva@farmaquirurgicosjm.co>
Cc: ASISTENTE ADMINISTRATIVO <asistentea.jersalud@gmail.com>

Buen Día

Atendiendo sus observaciones remito nuevamente cotización.

CODIGO	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD EN UNIDADES	CANTIDAD POR PRESENTACIÓN	FACTOR DE EMPAQUE	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL		
	TIRA DE GLUCOMETRO CARE SENS - N VOICE	UNIDAD	2000	40	50	58.950	2.358.000	NORS	
300101918	QUIRURGER - LITRO	UNIDAD	8	8	1	19.500	156.000	QUIRL	
300102473	ALCOHOL - GALON	UNIDAD	3	3	1	28.350	85.050	QUIRL	
300120152	GUANTES LATEX TALLA S	UNIDAD	1800	18	100	15.000	270.000	NIPRC	
300120153	GUANTES LATEX TALLA M	UNIDAD	2700	27	100	15.000	405.000	NIPRC	
300106891	ENZYGER - LITRO	UNIDAD	8	8	1	73.000	584.000	QUIRL	
300101918	QUIRURGER - GALON	UNIDAD	8	8	1	49.000	392.000	QUIRL	
300106891	ENZYGER - GALON	UNIDAD	8	8	1	173.000	1.384.000	QUIRL	
19945396-13	ASEPSIDINA (PROASEPSIS) BOLSA X 2000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	26	26	1	32.000	832.000	CMC	
300104670	ASEPSIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 2000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	26	26	1	21.250	552.500	CMC	
TOTAL									

Quedo atento a sus comentarios.

Cordialmente,

MANUEL GONZÁLEZ GALINDO
Analista de Compras
Dirección: Carrera 49 N° 95-54 La Castellana
Bogotá Colombia
Celular: 3165649831



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS		F(GA)003
			Variante: 01
			nov-18
			Página 1 de 1

Tipo de Orden:		Compra	<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha:	21/05/2020
		Servicios	<input type="checkbox"/>	Consecutivo No.	017-20
		Otro	<input type="checkbox"/>	Cual:	
Cotización	C-1-383				
Proveedor:	SUMFAMEDIC	NIT	901.222.681-7	Teléfono	8748248

CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	BAJALENGUAS *20 UN	0	\$ 1.200	\$ -
2	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	VENDA ELASTICA 5*5	2	\$ 2.700	\$ 5.400
3	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	SABANAS AZUL CON CAUCHO 2*1	0	\$ 2.300	\$ -
4	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	BATAS DESECHABLE MEDICO CON MANGAS	50	\$ 8.500	\$ 425.000
5	YOPAL	Coordinación Administrativa	GALON	ALCOHOL	1	\$ 48.000	\$ 48.000
6	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	PRESERVATIVOS *60 UN	2	\$ 35.000	\$ 70.000
7	YOPAL	Coordinación Administrativa	PAQUETE	CONOS PARA OTOSCOPIO * 20 UNI	3	\$ 6.500	\$ 19.500
8	YOPAL	Coordinación Administrativa	CAJA	JERINGA DE 3 CM	100	\$ 155	\$ 15.500
9	YOPAL	Coordinación Administrativa	CAJAX100U	JERINGA 5 CC	100	\$ 183,87	\$ 18.387
10	YOPAL	Coordinación Administrativa	FRASCO	EUCIDA ADVANCE 750 ML	1	\$ 45.000	\$ 45.000
11	YOPAL	Coordinación Administrativa	CAJA	CUREBANDS LARGAS*100	1	\$ 3.900	\$ 3.900
12	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	GORRO TIPO ORUGA AZUL PAQ* 100 UNIDADES	1	\$ 28.000	\$ 28.000
13	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	PRESERVAT	0	\$ 474	\$ -
14	YOPAL	Coordinación Administrativa	UNIDAD	GAFAS- MONOGAFAS	0	\$ 8.303	\$ -
						\$ -	\$ -
						Subtotal gravado	\$ 674.687
						EXCENTO DE IVA	
						IVA 5%	
						IVA 19%	\$ 96.430
						TOTAL A PAGAR	\$ 771.117

CONDICIONES GENERALES

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



8. EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Evidencia solicitud por parte asesor ARL Positiva a gerencia de ARL para seguimiento entrega de EPP

14/5/2020

Correo: Diana Vivian Daza Mosquera - Outlook

RV: Entrega EPP Solicitud laboratorios Jersalud NIT 900622551

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>

Jue 14/05/2020 12:18 PM

Para: Oscar Cordoba Castro <oscar.cordoba@positiva.gov.co>

Buenos días Doctor :

Solicito de su colaboración para confirmar con casa Matriz fecha de envío de EPP empresa Jersalud NIT 900622551, el día de hoy en reunión con el COPASST manifiestan que aun no han llegado.

Agradezco la atención quedo atenta.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
Ejecutivo integral de servicios
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
Celular: 3222503336

 <https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>

diana.daza@positiva.gov.co

 https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg

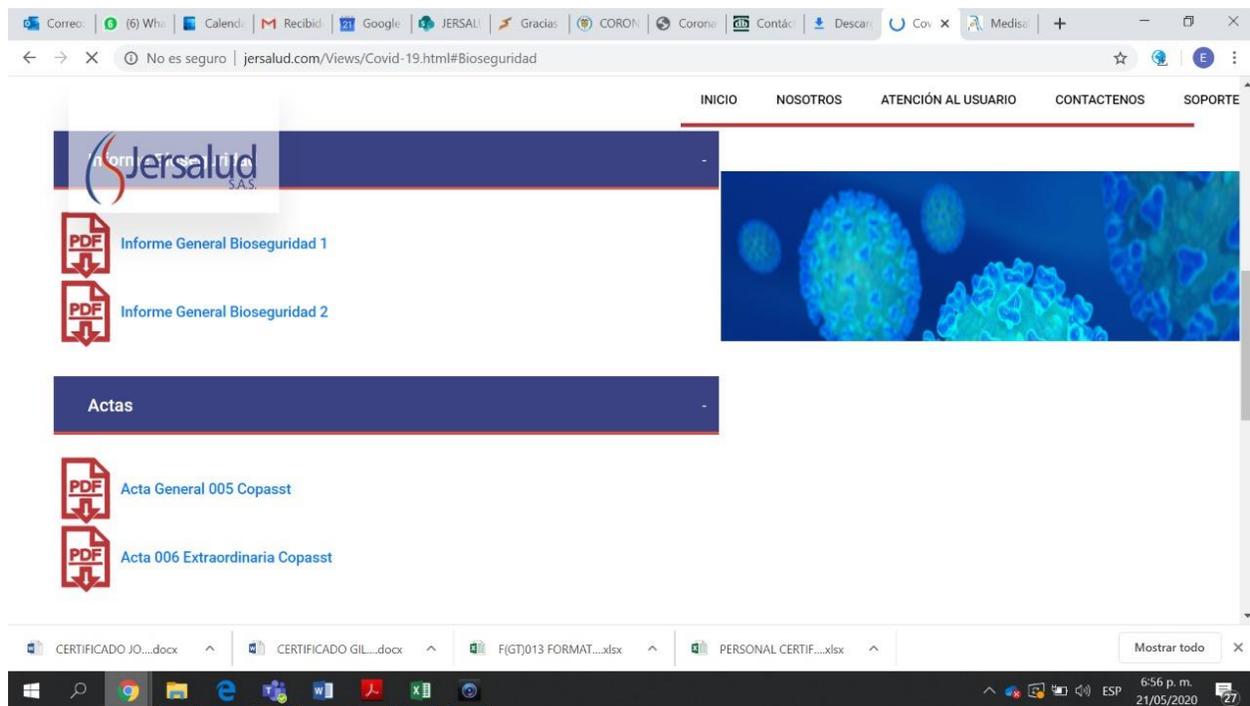
 https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg

 https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg



9. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

8.1 Evidencia publicación informe Bioseguridad en página Web



The screenshot shows a web browser window displaying the Jersalud website. The page features a navigation menu with links for INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. The main content area includes the Jersalud logo, two PDF links for 'Informe General Bioseguridad 1' and 'Informe General Bioseguridad 2', and an 'Actas' section with two PDF links: 'Acta General 005 Copasst' and 'Acta 006 Extraordinaria Copasst'. A large image of blue and green virus-like particles is visible on the right side of the page. The browser's address bar shows the URL 'jersalud.com/Views/Covid-19.html#Bioseguridad'.

8.2 Link de ingreso publicación informe Bioseguridad en pagina web Jersalud S.A.S

<http://www.jersalud.com/>

Link Informe Primera Semana:

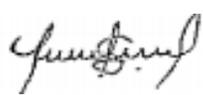
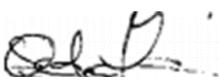
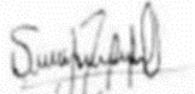
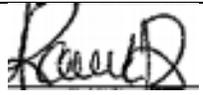
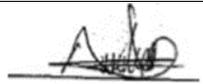
<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

Link Informe Segunda Semana:

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.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	