

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

**Del 14 al 18 de  
Septiembre 2020**

## 1. REUNION COPASST SEMANA 3 SEPTIEMBRE DEL 14 DE AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020

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

### 1.2 Evidencia Acta 024 de Septiembre 2020 Semana 3

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

<b>ACTA N° 024 DE 2020</b> <b>REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b> COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST					
<b>LUGAR:</b> JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
<b>FECHA:</b>	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	17	09	2020	09:10 A.M.	09:50A.M
<b>MODERADOR:</b> JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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





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

Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare

**1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)**

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

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

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

**2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR**

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #023 de Agosto de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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

**COMPROMISOS**

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



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

Realizar reporte de casos confirmados a ARL	Jefe administrativo y de talento humano Regional Meta	18/09/2020	Jersalud Villavicencio	Correo de envío a Asesor ARL	0%	Pendiente de seguimiento
---	---	------------	------------------------	------------------------------	----	--------------------------

**4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

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

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

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

SI

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

SI

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

SI



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

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

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



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

3	¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X	Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 3 Septiembre 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 3 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 3 Septiembre 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 3 Septiembre 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 3 Septiembre 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copesst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 024 Numeral 4.4



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

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

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

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Establecer frecuencia con la cual se va a hacer el tamizaje y a qué tipo de población		Jefes administrativas y de talento humano	10/10/2020

4.5 Se realiza socialización por parte de jefe administrativa y de talento humano Boyacá del seguimiento a solicitud tamizaje pruebas COVID-19 personal de salud, el cual se realizó seguimiento en comité de Presidencia donde el Vicepresidente financiero y administrativo manifiesta que para realizar el tamizaje a personal de salud en cuanto a COVID-19 se debe establecer una periodicidad basados en la normatividad legal vigente o en el concepto de un epidemiólogo.

4.6 Se socializa la realización de aprobación de orden de servicio para batería de riesgo Psicosocial para todo el personal directo por nómina de Jersalud dando gestión al riesgo psicosocial, se estima que se tendrá el informe en aproximadamente un mes




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

4.7 Se relaciona el listado de casos activos COVID-19 en la organización Jersalud Nacional:

NOMBRE DEL COLABORADOR	TIPO DE CASO	REGIONAL	OBSERVACIÓN
Diego Alejandro Rojas Montero	Confirmado	Boyacá- Tunja	Caso positivo confirmado debido a contacto estrecho con familiar Confirmado COVID-19. Se encuentra en aislamiento en casa. Colaborador Asintomático
SANDRA CRISTINA PATIÑO	Sospechoso	Villavicencio-Meta	Funcionaria que manifiesta tener sintomatología, Niega tener contacto con paciente positivo, se da indicaciones de acudir a su médico y se genera aislamiento.
LIZ DAYANA MADRID	Sospechoso	Villavicencio-Meta	Funcionaria que manifiesta tener sintomatología, Niega tener contacto con paciente positivo, se da indicaciones de acudir a su médico y se genera aislamiento.
ANY LIZETH CHAPARRO	Sospechoso	Villavicencio-Meta	Funcionaria que manifiesta tener sintomatología, Niega tener contacto con paciente positivo, se da indicaciones de acudir a su médico y se genera aislamiento.
INGRID JONNA CARDENAS	Sospechoso	Villavicencio-Meta	Funcionaria que manifiesta tener sintomatología en cita médica con ARL POSITIVA, A pesar que en los formatos de verificación diarios firmados por la funcionaria manifiesta desde el día 04 hasta el día 08 septiembre 2020 NO TENER SINTOMATOLOGIA, Se aísla por parte de ARL





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

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

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA






PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



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

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL



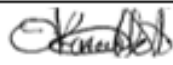

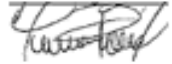


INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 024 de 2020					
FECHA: 17/09/2020		HORA DE INICIO: 09:10 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:50a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Calle Comercio Nacional, 01800019333





1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

		<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>			FIGI012 Versión: 1 oct-18 1 DE 1
<b>SEDE:</b>		JERSALUD NACIONAL			
<b>INFORMACIÓN DE GENERAL</b>					
<b>TIPO DE REUNIÓN:</b> Comité					
<b>TEMA TRATADO:</b> COPASST Reunion extraordinaria Acta 024 de 2020					
<b>FECHA:</b> 17/09/2020		<b>HORA DE INICIO:</b> 09:10 a.m.		<b>HORA DE FINALIZACIÓN:</b> 09:50a.m	
<b>LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL:</b> Jersalud Meta y Casanare					
<b>EXPOSITOR:</b>	<b>Julieth Eliana Araque Sosa</b>			<b>FIRMA:</b>	
	<b>Karen Emilia Melo</b>				
<b>REGISTRO</b>					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR EL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva


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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

**INFORMACIÓN DE GENERAL**

TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 024 de 2020			
FECHA: 17/09/2020	HORA DE INICIO: 09:10 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:50a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

**REGISTRO**

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



### 1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 018000910303

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

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



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



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

BASE DE DATOS REGIONAL BOYACA								
No.	TIP O DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADA
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	



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



36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
54	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUEQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
61	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
62	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
65	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
66	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
67	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
68	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA-DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA

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

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



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



				INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES -TIC				
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
82	CC	1075255284	ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
83	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
84	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
85	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
86	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
87	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
88	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
89	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
90	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
91	CC	1056930698	FABIO ANDRES PARADA ACUÑA	ANALISTA DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
92	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
93	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
94	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
95	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
96	CC	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	Auxiliar de Farmacia	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
97	CC	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	Regente de Farmacia Tipo I	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
98	CC	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	Auxiliar de Farmacia	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
99	CC	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	Regente de Farmacia Tipo I	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTA	
100	CC	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	Auxiliar de Farmacia	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
101	CC	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	Regente de Farmacia Tipo II	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
102	CC	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	Regente de Farmacia Tipo I	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
103	CC	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	Regente de Farmacia Tipo II	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
104	CC	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	Auxiliar de Farmacia	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
105	CC	1057579181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	Auxiliar de Farmacia	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
106	CC	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	Auxiliar de Farmacia	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
107	CC	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	INCAPACITADO
108	CC	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	Auxiliar de Farmacia	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
109	CC	52835873	LILIA ANGELICA DURAN RODRIGUEZ	Regente de Farmacia tipo II	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
110	CC	1049795603	YANIBE DEL ROSARIO VELASQUEZ HERNANDEZ	Auxiliar de Farmacia	Guateque	DIRECTA	DIRECTA	
111	CC	33378530	NIDIA ROCIO SAENZ PEÑA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
112	CC	1118530677	GLORIA ESPERANZA HINCAPIE MARTINEZ	COORDINADORA DE SERVICIO FARMACEUTICO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
113	CC	40047556	SANDRA MILENA PIÑEROS CHAVEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
114	CC	1102834710	LASTIS ISABEL TATIS DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	





115	CC	1049618508	JULIANA ANDREA ARIAS ROJAS	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
116	CC	24017772	MYRIAM AURORA BUITRAGO CASTRO	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
117	CC	50916656	CARMEN CECILIA CACERES ÑUSTEZ	Auxiliar de Farmacia	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
118	CC	80731848	WILSON REYES ALAYON	ANALISTA ADMINISTRATIVO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
119	CC	1140835503	KAREN LORENA FLOREZ RANGEL	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
120	CC	51990459	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA TIPO I	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
121	CC	1019058319	JUAN CAMILO ALDANA SANCHEZ	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
122	CC	1049624865	LIZZETH MARCELA BECERRA ALFONSO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
123	CC	40047676	MARLEN TOBAR ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	

## 2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

 <b>BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META</b>							
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
6	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
7	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
8	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
9	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
10	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILÉ SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	



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

22	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
23	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
24	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
25	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121905645	SANDRA YAMILA AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
30	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
39	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
40	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
41	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
42	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
43	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
44	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
45	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
46	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
47	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
48	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
54	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
55	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
56	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
57	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
58	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
59	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
60	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA





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

							UN DIA A LA EMPRESA
61	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
62	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
63	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
64	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA – SOLO VA UN DIA A LA EMPRESA
65	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
66	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
67	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
68	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
69	1121872800	WILDER JULIAN NOVOA BORJA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
70	1121833197	ANDREA CAROLINA BARBOSA VALLEJO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
71	23623995	RUBY RUIZ SALAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
72	1063154205	GABRIEL ESTEBAN BABILONIA ESCOBAR	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
73	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
74	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
75	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
76	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
78	1123567118	JENNIFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
79	35262556	ADRIANA VALDES VIVEROS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
80	1121816223	ODIVER ESMERALDA GUERRERO VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
81	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
82	1121930795	ANGIE JULEIDY MACHADO ROMERO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
83	86056869	EDGAR ANDRES GARCIA PORRAS	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
84	1121860890	XIOMARA OLAYA MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
85	1127390578	DUVAN FERNEY VILLEGAS	ANALISTA DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
86	1121876618	ÉRICA EUGENIA HERNÁNDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
87	1010066853	CLAUDIA VANESA PARADA SUAREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
88	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
89	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
90	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
91	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
93	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
94	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
95	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
96	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
97	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	



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



98	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
99	1121839364	DAMARIS YULIANA ESTRADA	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
100	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
101	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
102	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
103	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
104	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
105	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
106	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
107	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
108	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
109	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDONEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
110	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
111	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
112	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
113	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
114	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
115	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
116	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	

## 2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/ME DIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramírez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/ME DIA JORNADA



8	CC	1.090.495.22 5	María Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	23726655	Mérida Barrera Tolosa	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicóloga	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	1.118550499	Mariluz Martínez Alfonso	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
13	CC	1118570378	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	1118554078	Ángela Consuelo Zipa	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tigreros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Córdoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
18	CC	52.704.266	Nelsy Johana Miranda Santos.	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
19	CC	3115739292	Sara Nohemí Ojeda Parales	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL

### 3. CARACTERÍSTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

**Telas Desechables**

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

**Usos**

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

**Colores Disponibles en telas Desechables**


**Ficha Técnica**

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

**Polipropileno**

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

**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 S.M.S.
- Permeabilidad al aire
- Alta resistencia a la tensión en ambas direcciones
- El tejido no se deshilacha ni despelura
- Buena resistencia contra ácidos y solventes
- No se degrada
- No alberga bacterias (Anti-moho)
- 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
- Anti-alérgico y no tóxico
- Anti-estático

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



BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN	
NOMBRE GENERICO	BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN
CERTIFICADO INVIMA	No requiere Certificado invima Registro Sanitario Certificación N°2010007360
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Material propileno no tejido SMS 35 g</li> <li>•Repelente de fluidos líquidos no transparente, suavidad al tacto</li> <li>•Sujecion en la cintura, puños de algodón</li> <li>•Medidas 117 largo x 140 de ancho</li> <li>•Tallas estandar</li> <li>•Técnica de asepsia</li> <li>•Antialérgico, higiénico</li> </ul>
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Utilizada para evitar ingreso de contaminación exterior</li> <li>•Es un producto no invasivo, no esteril</li> <li>•Producto esterilizabile en oxido de etileno, sterrad, y vapor</li> <li>•De unico uso (Desechable)</li> </ul>
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	-Almacenar en un lugar fresco y seco, evitando los rayos directos del sol. Tep. Max. 32 °
USOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lavar las manos antes y despues de usar la prenda</li> <li>•vestir cuerpos para la valoracion medica o tratamientos</li> <li>•servir como barrera microbiana entre la relacion medico, paciente y viseversa</li> <li>•Desechar una vez utiliz</li> <li>•Producto para uso personal, unico uso</li> </ul>
PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se debe considerar las precauciones recomendadas por normas de bioseguridad</li> <li>•"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"</li> </ul>
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 589 de 2001, en cuanto tiene que ver con la presentación del servicio publico de aseo.
CODIGO	3100000355
UNIDAD DE VENTA	BOLSA 10 UNIDADES



## Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166







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

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

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

Copia Controlada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800010332





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

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

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


Copia Controlada

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
**VIGILADO**



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



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

### FICHA TÉCNICA



#### 1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Life1095	Respirador Color Blanco

#### 2. Identificación y empaque:

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





# SOSEGA®

Safety Solutions

## INFORMACIÓN TÉCNICA

### MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA  
Con Válvula  
Ref: 130730



### APLICACIONES

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

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

### CARACTERÍSTICAS

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

### ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



### INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

### ADVERTENCIAS

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





**LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO**

**DESCRIPCION:**

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

**CARACTERISTICAS**

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

**INDICACIONES**

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

**VENTAJAS**

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

**DIMENSIONES**

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

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

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



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

**2.3.1 Factura Regional Boyacá**

Fecha Impresión: lunes, 07 de septiembre de 2020 12:38 Página 1/1

**farmaQx**  
Inteligencia farmacéutica

FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S  
 NIT: 900.433.437-3

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

Fecha: 7/09/2020 12:37:38 p. m.  
 CUFE: 7ee63baf09eb5ee6225547ddeb0246a26e78c54e43ceba7198779bde7a2e0  
 d6d9f0b9bc382373d1dcf1b23b1b3236c

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

**FACTURA DE VENTA N° FQE6668**

Datos Generales									
Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS					Dirección: CRA 5 54-195 LOCAL 104-105				
Sucursal: JERSALUD TUNJA					Telefono: 5618123				
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL					U. Funcional: FOXBA102 - BTA-OPERATIVO FACTURACION-FOX MIOCARDIO CASTELLANA				
Detalle: TRASLADO DE FARMA #461 A JERSALUD TUNJA 07-09-2020									

Producto	Lote	Invlm	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
100108620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		1500	0,00	0,00	\$ 7.560	\$ 11.340.000
<b>VALOR BRUTO:</b>								\$ 11.340.000
<b>IVA:</b>								\$ 0
<b>RETEFUENTE:</b>								\$ 283.500
<b>RETENCIÓN IVA:</b>								\$ 0
<b>RETENCIÓN ICA:</b>								\$ 46.948
<b>VALOR NETO FACTURA:</b>								\$ 11.009.552

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

ELABORÓ

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

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/02/2020 preño autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 7624 vigente hasta el 27 de febrero de 2022. "Bienes Exentos de IVA por Pandemia Covid-19 Decretos: 417 del 17 de marzo 2020 y 551 del 15 de abril de 2020". Efectuar retención del 2,5% por Compras.  
 ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774779 DEL C.O.D. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y SAFERAMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada Usuario Impresión : 53069545 - DIANA FIGUEROA

Usuario Creación: 53069545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Colombia Nacional: 01800010303





### 2.3.2 Cotización Regional Meta



**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA  
SAS**  
NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-88  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia

**Cotización**  
No. C-1-463

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

Elaborado por Siglo S.A.S Nit: 830.040.145-05-4

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

<b>Total Bruto</b>	3,629,700.00
<b>Subtotal</b>	3,629,700.00
<b>IVA 19%</b>	24,662.00
<b>Total a Pagar</b>	3,654,362.00

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA  
SAS**

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

**Cotización**  
No. C-1-462

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

Elaborado por Sigo S.A.S. Nit: 830.046.145-65-4

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

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

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Calle 8, Corrales, Bogotá, D.C.  
Teléfono: 01 (800) 919332



FECHA DE SOLICITUD:		8-JUL-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X 200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000
1	BAJALENGUAS	A	CAJA	ALMACEN	300101255	41	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
10	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CHIA	ALMACEN	300120157	30.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 75 CAJA	ALMACEN	300120147	800	FARMA	SUJETO A DISPONIBILIDAD
50	CATERER No 24 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101036	1.190	CMC	
50	CATERER No 22 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101035	1.190	CMC	
30	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO F	A	FRASCO		19945396-04	13.800	CMC	
2000	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
1	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
100	NELATON No 08 SONDIA	A	PAQUETE X 80	ALMACEN	300101126	437	CMC	
200	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101080	194	CMC	CAJA X 100

FECHA DE SOLICITUD:		28-JUL-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACION Y/O CARACTERISTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
150	BATA QUIRURGICA DESECHABLE MANGA LARGA NO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300107909	7.200	TEMMOCOLOR	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$500.000
60	ESPEJULOS DESECHABLES	A	UNIDAD	ALMACEN	300101074	2.000	CMC	-
120	GASA PRECORTADA 75 CMS X 75 CMS 60PES/5 ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300105074	69	CMC	-
2	CURAS REDONDAS	A	CAJA X 100	ALMACEN	300105715	3.500	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101299	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
2	GUARDIAN PEQUEÑO 15 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300102056	2.012	GUARDIANES Y RECOLE	
10	GUARDIAN 29 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLE	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE DESPACHO (800.000)
2	SABANAS	A	BOX 12	ALMACEN	300101298	4.590	CMC	MEDIDA 2.20 X 67
2	ESPARADRAPO TIPO HOSPITALARIO	A	TUBO SURTIDOS	ALMACEN	300101280	34.800	CMC	
2	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
4	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
48	MICROPORE TRANSPARENTE DE 2 PULGADAS	A	CAJA X 2 UNIDADES	ALMACEN	300106381	8.138	CMC	
3	TORUNDAS X 500 gms PAQUETE	A	PAQUETE	ALMACEN	300112132	10.350	CMC	
3	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO FCOX/800ML	A	FRASCO		19945396-04	13.800	CMC	
200	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100
700	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
7	TAPA BOCAS N95	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
6	ALCOHOL BALON	A	BALON	ALMACEN	300102473	24.500	MPFAH	-
5	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
1	CITOFUADOR SPRAY	A	UNIDAD	ALMACEN	300102633	11.453	CMC	-

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000910303  
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000910303



**3.2.3 Factura Regional Casanare**

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



Factura electrónica de venta  
 No. FE-137

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado





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

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

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033	
											Versión: 3	
											ago-19	
											1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad						
SANCHE Nidia			33378530			Farmacia						
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.												
Fecha (DD/MM/AA)	capa	gafas de seguridad	oreja	abrazos	botas	guantes	ropa	casco	ropa	ropa	Observaciones	Firma
17 09 20	X			X								Nidia Sanchez
18 09 20	X			X								Nidia Sanchez
19 09 20												
19 09 20	X			X								Nidia Sanchez
19 09 20	X			X								Nidia Sanchez
19 09 20	X			X								Nidia Sanchez
19 09 20	X			X								Nidia Sanchez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, <u>Nidia Sanchez</u> identificado (a) con CC: <u>33378530</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033	
											Versión: 3	
											ago-19	
											1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos			Cédula			Unidad						
MARTIN GARCIA CELIA MARIA			10 889 60 95			ASTA-CAC / 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)	capa	gafas de seguridad	oreja	abrazos	botas	guantes	ropa	casco	ropa	ropa	Observaciones	Firma
11 09 20				X								Boyan G.
12 09 20				X								Boyan G.
13 09 20				X								Boyan G.
13 09 20				X								Boyan G.
14 09 20				X								Boyan G.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, <u>Martin Garcia Celia Maria</u> identificado (a) con CC: <u>10 889 60 95</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019033  
VIGILADO





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Arias Rojas Juliana Andrea	<b>Cédula</b> 1049618508	<b>Unidad</b> Farmacia
--	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	negativo de seguridad	Careta desechable	tapabocas desechables	tapabocas N95 con válvula	guantes de látex	guantes de nitrilo	guantes de nylon	Bata desechable	Botinas		
11 09 20				X					X			Juliana Arias
12 09 20				X					X			Juliana Arias
14 09 20				X					X			Juliana Arias
15 09 20				X					X			Juliana Arias
16 09 20				X					X			Juliana Arias
17 09 20				X					X			Juliana Arias
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Tatís Diaz Luchs Tatís	<b>Cédula</b> 1702834710	<b>Unidad</b> Tunga
--	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	negativo de seguridad	Careta desechable	tapabocas desechables	tapabocas N95 con válvula	guantes de látex	guantes de nitrilo	guantes de nylon	Bata desechable	Botinas		
11 09 20				X					X	X		Luchs T
12 09 20				X					X	X		Luchs T
14 09 20				X					X	X		Luchs T
15 09 20				X					X	X		Luchs T
16 09 20				X					X	X		Luchs T
17 09 20				X					X	X		Luchs T
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Luchs Tatís Diaz identificado (a) con CC: 1702834710, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Ana Silvia Peña Narvaez</u>	Cédula <u>23783002</u>	Unidad <u>Tunja</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		
11 <sup>o</sup> 09 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
12 <sup>o</sup> 09 2020				X								
14 <sup>o</sup> 09 2020				X								
15 <sup>o</sup> 09 2020				X								
16 <sup>o</sup> 09 2020				X								
17 <sup>o</sup> 09 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Karen Lorena Flores</u>	Cédula <u>1140835502</u>	Unidad <u>Farmacéutica</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		
17 <sup>o</sup> 09 2020				X				X	X	X		
13 <sup>o</sup> 09 2020				X				X	X	X		
14 <sup>o</sup> 09 2020				X				X	X	X		
16 <sup>o</sup> 09 2020				X				X	X	X		
17 <sup>o</sup> 09 2020				X				X	X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Karen Lorena Flores Identificado (a) con CC: 1140835502, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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





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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Pérez</i>	Cédula <i>40047556</i>	Unidad <i>Farmacéutica</i>
--	---------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 09 20	X			X								<i>Sandra Pérez</i>
12 09 20	X			X								<i>Sandra Pérez</i>
14 09 20	X			X								<i>Sandra Pérez</i>
15 09 20	X			X								<i>Sandra Pérez</i>
16 09 20	X			X								<i>Sandra Pérez</i>
17 09 20	X			X								<i>Sandra Pérez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Pérez, identificado (a) con CC: 40047556 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
14 09 20				X					X			<i>Daniela Suárez Ruano</i>
15 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
16 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
17 09 20				X								<i>Daniela Suárez Ruano</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jazeth Marcela Becerra Alvarado	<b>Cédula</b> 1049624865	<b>Unidad</b> Farmacia
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 20				X									Jazeth B.
12 09 20				X									Jazeth B.
14 09 20				X									Jazeth B.
15 09 20				X									Jazeth B.
16 09 20				X									Jazeth B.
17 09 20				X									Jazeth B.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jazeth Marcela Becerra Alvarado Identificado (a) con CC: 1049624865, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jenny Gabriela Cordero Martinez	<b>Cédula</b> 109234470	<b>Unidad</b> Laboratorio
---	----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
11 09 20				X									Jenny G.
12 09 20				X									Jenny G.
14 09 20				X									Jenny G.
15 09 20				X									Jenny G.
16 09 20				X									Jenny G.
17 09 20				X									Jenny G.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Cordero Martinez Identificado (a) con CC: 109234470, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

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





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

Apellidos y Nombres Completos <u>Blanca Nubia Vasquez</u>	Cédula <u>22.810.177</u>	Unidad <u>e-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	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas			
11 09 2020				X									<i>[Signature]</i>
13 09 2020				X					X				<i>[Signature]</i>
14 09 2020				X									<i>[Signature]</i>
15 09 2020				X									<i>[Signature]</i>
16 09 2020				X									<i>[Signature]</i>
17 09 2020				X									<i>[Signature]</i>
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: 22.810.177, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Soc. S. Vasquez</u>	Cédula <u>7225222</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	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pobainas			
11 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
12 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
14 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
15 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
16 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
17 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Soc. S. Vasquez Identificado (a) con CC: 7225222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





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

Apellidos y Nombres Completos <i>Janny Dolores Almo</i>	Cédula 40039607	Unidad C Ext
--	--------------------	-----------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monogata de seguridad	Cargata desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Protinas		
14 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomista	<i>Janny</i>
14 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomista	<i>Janny</i>
15 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomista	<i>Janny</i>
16 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomista	<i>Janny</i>
17 09 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		Telecomista	<i>Janny</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Janny Dolores Almo* Identificado (a) con CC: 40039607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Gerson David Gonzalez R.</i>	Cédula 1049638721.	Unidad Tupper
--	-----------------------	------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	Monogata de seguridad	Cargata desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Protinas		
11 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			<i>Gerson Gonzalez</i>
12 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			<i>Gerson Gonzalez</i>
14 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			<i>Gerson Gonzalez</i>
15 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			<i>Gerson Gonzalez</i>
16 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			<i>Gerson Gonzalez</i>
17 09 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			<i>Gerson Gonzalez</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Gerson David Gonzalez* Identificado (a) con CC: 1049638721., Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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**



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

Apellidos y Nombres Completos <i>John Edwin Jimenez</i>	Cédula <i>7180113</i>	Unidad <i>C-entr</i>
--	--------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>John</i>
15 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>John</i>
16 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>John E</i>
17 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>John E</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *John Edwin Jimenez* identificado (a) con CC: *7180113*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Floriano Ayala - Fabricio Jofre</i>	Cédula <i>40-0385762</i>	Unidad <i>C-entr / Oficina</i>
---	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	<i>Fabricio Jofre</i>
12 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	<i>Fabricio Jofre</i>
14 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		<i>Fabricio Jofre</i>
15 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	<i>Fabricio Jofre</i>
16 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	<i>Fabricio Jofre</i>
17 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	uso bata desechable adic	<i>Fabricio Jofre</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Floriano Ayala - Fabricio Jofre* identificado (a) con CC: *40-0385762*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ros Janet Gilms L	33367367	C externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Potainas			
11 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	NO	<i>[Firma]</i>
14 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	<i>[Firma]</i>
15 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	NO	<i>[Firma]</i>
16 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	<i>[Firma]</i>
17 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	<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, Gilms L 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Betancor Berena Zulmaganth	1052399313	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Potainas			
11 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
14 09 2020				X	-	X	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
15 09 2020				X	-	X	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
16 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>[Firma]</i>
17 09 2020	X	-	-	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													

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ibañez Diaz Diana Yanira	3537254	Consulta Etterna

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido 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	Polainas			
11 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
14 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
18 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
16 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
17 09 20	X			X							X		Diana Ibañez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Ibañez Identificado (a) con CC: 3337254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodriguez Claudia	1049642865	Admin

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, 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	Polainas			
11 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Claudia R
12 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Claudia R
14 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Claudia R
15 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Claudia R
16 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Claudia R
17 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Claudia R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Rodriguez Boyaca Maria Cecilia</i>	<i>1.029.625.040</i>	<i>Consulta Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
12 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
13 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
15 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
16 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
17 09 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	<i>Maria Rodriguez</i>
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: *1.029.625.040*, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Torres Acevedo Danilo</i>	<i>96378215</i>	<i>C-Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	X			X		X				X			<i>[Signature]</i>
14 09 20				X		X							<i>[Signature]</i>
15 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
16 09 20				X		X							<i>[Signature]</i>
19 09 20	X			X		X			X				<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Daniela Torres Acevedo* identificado (a) con CC: *96378215*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 018000910333  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ponce de Leon Claudio Isaac	<b>Cédula</b> 46361131	<b>Unidad</b> C. Gerencia
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Coifa	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
07 09 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
12 09 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
14 09 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
15 09 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
16 09 2020	-	✓	-	4	✓	✓	-	-	4	-	-	-	-	Varios Desechables.	[Firma]
17 09 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Flores Alvarez Monica Paola	<b>Cédula</b> 1099616557	<b>Unidad</b> Gerencia
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Coifa	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
11 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
14 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-		[Firma]
15 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-		[Firma]
16 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-		[Firma]
17 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Monica Flores Alvarez 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.

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Durán Levarán Joel Antonio</u>	Cédula <u>1124023607</u>	Unidad <u>C Ext.</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	Monogüa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel Durán
14 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		Joel Durán
15 09 20	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Joel Durán
16 09 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel Durán
17 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Joel Durán
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Joel Durán Levarán identificado (a) con CC: 1124023607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Sandra Sofía Meza</u>	Cédula <u>23284976</u>	Unidad <u>C. Ext.ora</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	Monogüa de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunas de látex	Gaunas de nitrilo	Gaunas de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Sofía Meza
12 09 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		Sofía Meza
14 09 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofía Meza
15 09 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofía Meza
16 09 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Sofía Meza
17 09 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-		Sofía Meza
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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





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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sonia Yaneth Ruiz Garco</i>	Cédula <i>24219746</i>	Unidad <i>Tunja</i>
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceja	Monogate de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>14 09 2020</i>				<input checked="" type="checkbox"/>									<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Jennifer Mateus Lopez</i>	Cédula <i>1049 624115</i>	Unidad <i>Asistencia</i>
---	------------------------------	-----------------------------

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

Fecha	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceja	Monogate de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>11 09 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>									<i>Jennifer Mateus 1</i>
<i>12 09 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>									<i>Jennifer Mateus 1</i>
<i>14 09 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				<i>Jennifer Mateus 3</i>
<i>15 09 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>									<i>Jennifer Mateus 1</i>
<i>16 09 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>									<i>Jennifer Mateus 1</i>
<i>17 09 20</i>				<input checked="" type="checkbox"/>									<i>Jennifer Mateus 1</i>
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 Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033  
**VIGILADO**





FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Versión: 3  
 ago-19  
 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <i>Osvaldo Benitez</i>	Cédula <i>90045787</i>	Unidad <i>C.S.T</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	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 20				X									<i>Osvaldo</i>
14 09 20	X			X							X		<i>Osvaldo</i>
15 09 20				X									<i>Osvaldo</i>
16 09 20				X									<i>Osvaldo</i>
17 09 20				X									<i>Osvaldo</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, Osvaldo Benitez identificado (a) con CC: 90045787, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>BARTISTA Lopez VILARQUI</i>	Cédula <i>85214412</i>	Unidad <i>UNIDAD / C/EST</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	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 9 20	X			X					X				<i>Bartista Lopez</i>
14 9 20	X			X					X				<i>Bartista Lopez</i>
16 9 20	X			X					X				<i>Bartista Lopez</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, BARTISTA Lopez VILARQUI identificado (a) con CC: 85214412, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 010001910302  
 Bogotá, D.C.





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jersalud Jersalud Juan Adolfo	<b>Cédula</b> 1120965549	<b>Unidad</b> CONSULTA INTERNA 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
	Ceña	Monogite de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 9 20				X									Juan Jersalud
12 9 20				X									Juan Jersalud
14 9 20	X			X					X				Juan Jersalud
15 09 20				X									Juan Jersalud
16 09 20				X									Juan Jersalud
17 9 20				X									Juan Jersalud
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Juan Jersalud Jersalud Identificado (a) con CC: 1120965549, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jaceca Sanchez Anderson Dema	<b>Cédula</b> 1054658729	<b>Unidad</b> C. Ejec. 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
	Ceña	Monogite de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20				X									Anderson Dema
11 09 20				X									Anderson Dema
15 09 20				X									Anderson Dema
16 09 20				X									Anderson Dema
17 09 20				X									Anderson Dema
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Dema Jaceca 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.

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
PENARAZA VARGAS MARIA LUZIA	40019103	Consulta externa - Nutrición

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	
12 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	
14 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	
15 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	
16 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	
19 09 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Maria Luz Penaraza Vargas Identificado (a) con CC: 40.019.103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Luz Amparo Ayala Barón	40027046	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	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
11 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Luz Amparo - telecons
12 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Luz Amparo - telecons
14 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Teleconsulte
15 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Teleconsulte
16 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Pracnataric
17 09 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	Teleconsulte
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Bosigas Agüero Erika Jhana.	<b>Cédula</b> 1052403486	<b>Unidad</b> Administrativa
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 09 20				X					X			<i>[Signature]</i>
14 09 20				X					X			<i>[Signature]</i>
15 09 20				X					X			<i>[Signature]</i>
16 09 20				X					X			<i>[Signature]</i>
17 09 20				X					X			<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Erika Jhana Bosigas Agüero Identificado (a) con CC: 1052403486, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo. *[Signature]*

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MAYOLGA ROSAS DORA	<b>Cédula</b> 40044574	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
--	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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 09 2020				X								<i>[Signature]</i>
12 09 2020				X								<i>[Signature]</i>
14 09 2020				X					X			<i>[Signature]</i>
15 09 2020				X								<i>[Signature]</i>
16 09 2020				X								<i>[Signature]</i>
17 09 2020				X								<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, DORA MAYOLGA ROSAS Identificado (a) con CC: 40044574, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta 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
Parada Acuña Fabio Andrés	1'036.930.698	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas		
11 09 20				X					X			
12 09 20				X					X			
14 09 20				X					X			
15 09 20				X					X			
16 09 20				X					X			
17 09 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fabio Andrés Parada Acuña Identificado (a) con CC: 1036.930.698, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
CARRIDO SEPULVEDA Dora Gre	10048007	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas		
14 09 20				X								
15 09 20				X								
14 09 20				X				X				
10 09 20				X								
16 09 20				X								
17 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Rojas Carrero María Paula</u>	Cédula <u>1049632802</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 20				X									<u>María Paula Rojas Carrero</u>
12 09 20				X									<u>María Paula Rojas Carrero</u>
14 09 20				X					X				<u>María Paula Rojas Carrero</u>
15 09 20				X									<u>María Paula Rojas Carrero</u>
16 09 20				X									<u>María Paula Rojas Carrero</u>
17 09 20				X									<u>María Paula Rojas Carrero</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Holei Tobar R.</u>	Cédula <u>10047696</u>	Unidad <u>Farmacia</u>
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 2020									X				<u>Holei Tobar R.</u>
11 09 2020									X				<u>Holei Tobar R.</u>
12 09 2020									X				<u>Holei Tobar R.</u>
13 09 2020									X				<u>Holei Tobar R.</u>
14 09 2020									X				<u>Holei Tobar R.</u>
15 09 2020									X				<u>Holei Tobar R.</u>
16 09 2020				X					X				<u>Holei Tobar R.</u>
17 09 2020				X					X				<u>Holei Tobar R.</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Holei Tobar R. identificado (a) con CC: 10047696, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01 8000 910333  
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910333  
**VIGILADO**





4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Pino Guica Sonia Mabel	<b>Cédula</b> cc: 33365493	<b>Unidad</b> Asistencial
--	-------------------------------	------------------------------

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Bastago Castro Hysiana Dorena	<b>Cédula</b> 240772	<b>Unidad</b> Farmacia
---	-------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Cama desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
02 09 20	1			1					1			1 cofre para la semana	[Firma]
02 09 20	1			1					1			1 Bata para la semana	[Firma]
03 09 20	1			1					1			5 tapabocas = 1 x día	[Firma]
04 09 20	1			1					1				[Firma]
05 09 20	1			1					1				[Firma]
07 09 20	1			1					1				[Firma]
09 09 20	1			1					1				[Firma]
10 09 20	1			1					1				[Firma]
12 09 20	1			1					1				[Firma]
14 09 20	1			1					1				[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Controladora Nacional: 018000190303  
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ NANCY LENIZ	79 536 444	Asistencial

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

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polinias
13 09 2020	✓			5					1		Tapabocas H6	[Firma]
20 09 2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
27 09 2020	✓			5					1		Tapabocas H5	[Firma]
03 08 2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
10 08 2020	✓			5					4		Tapabocas H5	[Firma]
18 08 2020	✓			5					4			[Firma]
24 08 2020	✓			5					5			[Firma]
31 08 2020	✓			5					2		Tapabocas H6	[Firma]
07 09 2020	1			5					-			[Firma]
14 09 2020				5					5		Tapabocas H5	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, LENIZ RODRIGUEZ NANCY Identificado (a) con CC: 79 536 444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Fajardo Seirano Angely Dorely	24167247	Asistencial

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

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polinias
20 09 2020	✓			✓					✓		5 Gomas 5 tapabocas	[Firma]
03 09 2020	✓			✓					✓		1 Gomo 4 tapabocas	[Firma]
03 09 2020	✓			✓					✓		2 Gomo 2 Bata Tapabocas #2	[Firma]
04 09 2020	✓			✓					✓		5 Gomo 5 Tapabocas Gomo	[Firma]
14 09 2020	✓			✓					✓		5 Gomo 5 Tapabocas 5 Bata	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Velasco Pava Naveal David	1053605215	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01/09/20	X			4								Ninguna	[Firma]
02/09/20	X			4									[Firma]
10/09/20	X			4								6 Tapabocas	[Firma]
18/09/20	X			X								4 Tapabocas, 1 Bata, 1 Cofia	[Firma]
24/09/20	X			2								5 Tapabocas, 1 Bata, 1 Cofia	[Firma]
30/09/20	X			5								5 Tapa 1 Bata 1 Cofia	[Firma]
07/10/20	X			X								5 Tapa 1 Bata 1 Cofia	[Firma]
16/10/20	X			X								5 Tapa 1 Bata 1 Cofia	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ovaldo Gutierrez	91244689	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27/07/20	1			4									[Firma]
27/07/20	5			5									[Firma]
28/07/20	2			2		2						1 Respirador M500	[Firma]
30/08/20	4			4									[Firma]
10/08/20	6			6									[Firma]
10/08/20	4			6									[Firma]
18/08/20	4			6									[Firma]
24/08/20	6			6									[Firma]
30/08/20	5			5									[Firma]
07/09/20	6			6									[Firma]
14/09/20	5			5									[Firma]
DD MM AA													

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





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Celofán	Monogras de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
14/09/20	X			X								X	5 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Lina M. Arango 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Triana Triana Hudy	<b>Cédula</b> 46458143	<b>Unidad</b> Ductama
--	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Celofán	Monogras de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
07/09/20	X			X								X	5 Tapabocas	[Firma]
14/09/20				X								X	5 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Hudy 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 Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NANCY MORILLON	23323980	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
27/08/20	✓			✓								5 de gu	
30/08/20	✓			✓								5 de gu	
10/09/20	✓			✓								5 de gu	
18/09/20	✓			✓								5 de gu	
02/09/20	✓			✓								5 de gu	
07/09/20	✓			✓								5 de gu	
16/09/20	✓			✓								6 de gu	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zuleika Mancipe Lina Isabel.	46.669.839	Asistencial.


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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
02/08/20	X			X								1 tapaboca - 1 bata - 1 gorro	
02/08/20	X			X								4 tapabocas - 1 bata - 1 gorro	
10/08/20	X			X								5 tapabocas 1 bata 1 gorro	
18/08/20	X			X								1 cofre - 1 tapaboca - 1 bata	
24/08/20	X			X								1 cofre - 1 gorro - 1 bata	
31/08/20	X			X								1 gorro - 1 cofre - 5 bot + bata	
07/09/20	X			X								1 gorro - 1 cofre - 1 bata - 5 bot	
16/09/20	X			X								1 gorro - 1 bata - 5 tapaboca	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos <b>DELCAO IVELLA DIANA</b>	Cédula <b>1053608206</b>	Unidad <b>DELCAO OITAMA</b>
---	-----------------------------	--------------------------------

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

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)											
28/08/19			X						X	5 tapabocas GOMO BATA	DIANA C.
29/08/19			X						X	5 tapabocas GOMO BATA	DIANA C.
30/08/19			X						X	5 tapabocas GOMO BATA	DIANA C.
31/08/19			X						X	5 tapabocas GOMO BATA	DIANA C.
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									
DD	MM	AA									

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

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

Apellidos y Nombres Completos <b>Lina Alejandra Pinzón Castiblanco</b>	Cédula <b>1049632618</b>	Unidad
---	-----------------------------	--------

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

Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
Fecha (DD/MM/AA)												
08/09/19			X							X	5 tapabocas	Pinzon
09/09/19			X							X	6 tapabocas	
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Avenida Fagua Gloria Isabel	1049628122	Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogafio de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01/09/2019	X			X								5 tapabocas	[Firma]
03/09/2019	X			X								6 tapabocas	[Firma]
04/09/2019	X			X								6 tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Arenas Martínez Diana Patricia	46456247	Duitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monogafio de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30/08/20				X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ARENAS
05/09/20				X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ARENAS
13/09/20				X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ARENAS
24/09/20				X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ARENAS
27/09/20	X			X					X			5 batas 5 tapabocas	DIANA ARENAS
03/08/20				X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ARENAS
10/08/20	X			X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ARENAS
18/08/20	X			X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ARENAS
24/08/20	X			X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ARENAS
31/08/20	X			X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ARENAS
09/09/20	X			X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ARENAS
14/09/20	X			X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ARENAS

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





4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Cacares Nustez Caimen C	<b>Cédula</b> 50916656	<b>Unidad</b> Sogamoso
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 09 20	X			X								EPP	Caimen Caires
17 09 20	X			X								EPP	Caimen Caires
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Quera Gutierrez	<b>Cédula</b> 604964089	<b>Unidad</b>
---	----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	X			X								EPP	[Firma]
14 09 20	X			X								EPP	[Firma]
15 09 20	X			X								EPP	[Firma]
16 09 20	X			X								EPP	[Firma]
17 09 20	X			X								EPP	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>elida de aguas</u>	Cédula <u>32 775926</u>	Unidad <u>Jagamos</u>
--	----------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20	X			X					X		epp -5 corras Tapabocas X	[Firma]
10 08 20	X			X					X		epp -5 corras Tapabocas X	[Firma]
2 09 20	X			X					X		epp	[Firma]
13 09 20	X			X					X		epp	[Firma]
8 09 20	X			X					X		epp	[Firma]
9 09 20	X			X					X		epp	[Firma]
10 09 20	X			X					X		epp	[Firma]
12 09 20	X			X					X		epp	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, elida de aguas Identificado (a) con CC: 32 775926 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Coleada Venenz</u>	Cédula <u>8655660</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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
10 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
11 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
12 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
14 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
15 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
16 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
17 07 20	X			X					X		epp	[Firma]
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
--	---

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
10 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
11 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
12 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
14 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
15 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
16 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
17 09 2020	X			X					X		1 tapabocas, 1 bata, 1 guiso	MILENA QUINTERO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pollinas		
10 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
11 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
12 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
14 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
15 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
16 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
17 09 20	-			X					X		EPP 1 Bata 1 Tapabocas	Ana Romero
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Cely Perez Sergio Ricardo</u>	<b>Cédula</b> <u>74083496</u>	<b>Unidad</b> <u>Soqumoso</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
	Colla	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09 09 20	X			X								EPP	Sergio GL
10 09 20				X								EPP	Sergio GL
11 09 20				X								EPP	Sergio GL
14 09 20	X			X								EPP	Sergio GL
15 09 20	X			X								EPP	Sergio GL
16 09 20	X			X								EPP	Sergio GL
17 09 20	X			X								EPP	Sergio GL
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sergio Ricardo Perez Cely Identificado (a) con CC: 74083496, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Cansio Cesar Augusto</u>	<b>Cédula</b> <u>9530770</u>	<b>Unidad</b> <u>Soqumoso</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
	Colla	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09 09 20	X			X								EPP	Cansio
10 09 20	X			X								EPP	Cansio
11 09 20	X			X								EPP	Cansio
14 09 20	X			X								EPP	Cansio
16 09 20	X			X								EPP	Cansio
17 09 20	X			X								EPP	Cansio
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Daisy Vargas Ramirez</u>	Cédula <u>105758547</u>	Unidad <u>Socamaso</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	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
09/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
10/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
11/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
14/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
15/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
16/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
17/09/20	X			X					X		epp	<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daisy Vargas 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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Dayana Diaz</u>	Cédula <u>105757418</u>	Unidad <u>Farmacig</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	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
09/09/2020	X			X					X		Elemento EPP	<i>[Signature]</i>
10/09/20	X			X					X		Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
11/09/20	X			X					X		Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
12/09/20	X			X					X		Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
14/09/20	X			X					X		Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
15/09/20	X			X					X		Elemento EPP	<i>[Signature]</i>
16/09/20	X			X					X		Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
17/09/20	X			X					X		Elementos EPP	<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Dayana Diaz Identificado (a) con CC: 105757418, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Maldonado Andarzo Sandra	<b>Cédula</b> 46672546	<b>Unidad</b>
--	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
9 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
10 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
11 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
14 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
15 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
16 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
17 9 20	X			X					X		Elementos EPP	Sandra Maldonado
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> HERNANDEZ HERNANDEZ CELSI C.	<b>Cédula</b> 1.049631798	<b>Unidad</b> C.EXT.
--	------------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 09 20				X					X			Sandra Maldonado
09 09 20				X					X			Sandra Maldonado
10 09 20				X					X			Sandra Maldonado
11 09 20				X					X			Sandra Maldonado
14 09 20				X					X			Sandra Maldonado
15 09 20				X					X			Sandra Maldonado
16 09 20				X					X			Sandra Maldonado
17 09 20				X					X			Sandra Maldonado
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Leide Ruth Gaitán Nargoso	<b>Cédula</b> 1058274957	<b>Unidad</b> Jersalud Seguridad
---	-----------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
09/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
10/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
11/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
12/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
14/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
15/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
18/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
17/09/20				X								EPP.	Leide Ruth Gaitán
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.

#### 4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01/09/2020				X									Erika Saucedo
02/09/2020				X									Erika Saucedo
03/09/2020				X									Erika Saucedo
04/09/2020				X									Erika Saucedo
05/09/2020				X									Erika Saucedo
07/09/2020	X			X					X				Erika Saucedo
08/09/2020				X									Erika Saucedo
09/09/2020				X									Erika Saucedo
10/09/2020				X									Erika Saucedo
14/09/20	X			X					X				Erika Saucedo
14/09/20				X									Erika Saucedo
15/09/20				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.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
SAMIRA LUCERO CASTELLANOS		

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 20				X									Samira C
02 09 20				X									Samira C
03 09 20				X									Samira C
04 09 20				X									Samira C
07 09 20	X			X									Samira C
08 09 20				X									Samira C
09 09 20				X									Samira C
10 09 20				X									Samira C
11 09 20				X									Samira C
12 09 20				X									Samira C
14 09 20	X			X						X			Samira C
15 09 20				X									Samira C

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 20				X									Natalia
02 09 20				X									Natalia
03 09 20				X									Natalia
04 09 20				X									Natalia
05 09 20				X									Natalia
07 09 20	X			X					X				Natalia
08 09 20				X									Natalia
09 09 20				X									Natalia
10 09 20				X									Natalia
11 09 20				X									Natalia
14 09 20	X			X					X				Natalia
15 09 20				X									Natalia

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	4073380836	

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Monogamia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01	09	20				X									[Signature]
02	09	20				X									[Signature]
03	09	20				X									[Signature]
04	09	20				X									[Signature]
07	09	20	Y			Y									[Signature]
08	09	20				Y									[Signature]
09	09	20				Y									[Signature]
10	09	20				Y									[Signature]
11	09	2019				X									[Signature]
12	09	20				X									[Signature]
14	09	20	X			X									[Signature]
15	09	20				X									[Signature]

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
			Cofia	Monogamia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01	09	2020				X					Y				[Signature]
02	09	2020	Y			Y									[Signature]
03	09	2020				X									[Signature]
04	09	2020				Y									[Signature]
09	09	2020				X									[Signature]
08	09	2020				Y									[Signature]
09	09	2020				X									[Signature]
10	09	2020				Y									[Signature]
11	09	2020				X									[Signature]
12	09	2020				X									[Signature]
14	09	2020	Y			X					X				[Signature]
15	09	2020				X									[Signature]

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**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	<b>Cédula</b> 1'053.348.129	<b>Unidad</b>
--	--------------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2020				X									[Firma]
02 09 2020				X									[Firma]
03 09 2020				X									[Firma]
04 09 2020				X									[Firma]
05 09 2020				X									[Firma]
07 09 2020	X			X					X				[Firma]
08 09 2020				X									[Firma]
09 09 2020				X									[Firma]
10 09 20				X									[Firma]
11 09 20				X									[Firma]
14 09 20	X			X					X				[Firma]
15 09 20				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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2020				X					X				Shirley
02 09 2020				X									Shirley
03 09 2020				X									Shirley
04 09 2020				X									Shirley
05 09 2020				X									Shirley
07 09 2020	X			X					X				Shirley
08 09 2020				X									Shirley
09 09 2020				X									Shirley
10 09 2020				X									Shirley
11 09 2020				X									Shirley
14 09 2020				X									Shirley
15 09 2020				X									Shirley

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: 018000190302  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	<b>Cédula</b> 1053348812	<b>Unidad</b>
---	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2020				X									Melissa C
02 09 2020				X									Melissa C
03 09 2020				X									Melissa C
04 09 2020				X									Melissa C
07 09 2020	X			X					X				Melissa C
08 09 2020				X									Melissa C
09 09 2020				X									Melissa C
10 09 2020				X									Melissa C
12 09 2020				X									Melissa C
14 09 2020	X			X					X				Melissa C
15 09 2020				X									Melissa C
16 09 2020				X									Melissa C

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	<b>Cédula</b> 1002526470	<b>Unidad</b> 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 09 2020				X									Jennifer Ballén
02 09 2020				X									Jennifer Ballén
03 09 2020				X									Jennifer Ballén
04 09 2020				X									Jennifer Ballén
07 09 2020	X			X					X				Jennifer Ballén
08 09 2020				X									Jennifer Ballén
09 09 2020				X									Jennifer Ballén
10 09 2020				X									Jennifer Ballén
11 09 2020				X									Jennifer Ballén
12 09 2020				X									Jennifer Ballén
14 09 2020	X			X					X				Jennifer Ballén
16 09 2020				X									Jennifer Ballén

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





4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		Versión: 3 ago-19 1 de 1
	Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
	García Diana ROCIO	1020752786	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 09 20	X	X	X	X			X	X	X	X		Diana García
14 09 20	X	X	X	X			X	X	X	X		Diana García
15 09 20	X	X	X	X			X	X	X	X		Diana García
16 09 20	X	X	X	X			X	X	X	X		Diana García
17 09 20	X	X	X	X			X	X	X	X		Diana García
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		Versión: 3 ago-19 1 de 1
	Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
	Armando Ismael Domínguez Martínez	531407	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 20		X		X	X	X			X	X		Armando Domínguez
15 09 20		X		X	X	X			X	X		Armando Domínguez
16 09 20		X		X	X	X			X	X		Armando Domínguez
17 09 20		X		X	X	X			X	X		Armando Domínguez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Atención al Ciudadano  
 Calle Comercio Nacional, 010000190302  
 Bogotá, D.C.





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Castillo Morales Leidy Andrea	<b>Cédula</b> 1048846141	<b>Unidad</b> Gerencia
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 2020	X			0					Y			Leidy Castillo
14 09 2020	X			0					Y			Leidy Castillo
15 09 2020	X			1					Y			Leidy Castillo
16 09 2020	X			0					Y			Leidy Castillo
17 09 2020	X			0					Y			Leidy Castillo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gomez Suarez Mary	<b>Cédula</b> 33676746	<b>Unidad</b> Gerencia
---	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 2020	X			X					X			Mary Gomez
14 09 2020	X			X					X			Mary Gomez
15 09 2020	X			X					X			Mary Gomez
16 09 2020	X			X					X			Mary Gomez
17 09 2020	X			X					X			Mary Gomez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910303  
 Vigilado



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Fanny Pailey Carrazo Anita	<b>Cédula</b> 33676330	<b>Unidad</b> Saragosa
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14 09 20	X	X	X	X		X					X			
14 09 20	X	X	X	X		X					X			
15 09 20	X	X	X	X		X					X			
16 09 20	X	X	X	X		X					X			
17 09 20	X	X	X	X		X					X			
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yanibe Velasquez	<b>Cédula</b> 1049995603	<b>Unidad</b> Guateque.
--	-----------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
14 09 20	X			X							X			
15 09 20	X			X							X			
16 09 20	X			X							X			
17 09 20	X			X							X			
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Yanibe Velasquez identificado (a) con CC: 1049995603, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Mercedes Romo C.V.O.	<b>Cédula</b> 1014188582	<b>Unidad</b> Administrativa
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 20	X					X							Yoly Mercedes
12 09 20	X												Yoly Mercedes
14 09 20	X												Yoly Mercedes
15 09 20	X												Yoly Mercedes
16 09 20	X												Yoly Mercedes
17 09 20	X												Yoly Mercedes
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Mercedes Romo Identificado (a) con CC: 1014188582, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> PUPA MORENO MELISSA	<b>Cédula</b> 1045725343	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 09 20			X	X		X				X			Melissa Pupa
12 09 20			X	X		X				X			Melissa Pupa
14 09 20			X	X		X				X			Melissa Pupa
15 09 20			X	X		X				X			Melissa Pupa
16 09 20			X	X		X				X			Melissa Pupa
17 09 20			X	X		X				X			Melissa Pupa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Melissa Pupa 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: 018000910303  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DAMELA CASTRO	63362434	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			
11 09 20	✓	✓	✓	✓		✓							DAMELA CASTRO
14 09 20	✓	✓	✓	✓		✓							DAMELA CASTRO
15 09 20	✓	✓	✓	✓		✓							DAMELA CASTRO
16 09 20	✓	✓	✓	✓		✓							DAMELA CASTRO
17 09 20	✓	✓	✓	✓		✓							DAMELA CASTRO
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, DAMELA CASTRO 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.

#### 4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
NARVAEZ RUIZ MARCELA SÓFIA	63362434	MONIQUIRA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 09 20				✓									
15 09 20				✓									
16 09 20				✓									
17 09 20				✓									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 20				X						X		<i>[Signature]</i>
15 09 20				X								<i>[Signature]</i>
16 09 20				X								<i>[Signature]</i>
17 09 20				X								<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <b>LUZ MENDY ORTEGA MENJURA</b>	<b>Cédula</b> <b>51990459</b>	<b>Unidad</b> <b>MONQUIRA</b>
---	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 20				X						X		<i>[Signature]</i>
15 09 20				X								<i>[Signature]</i>
16 09 20				X								<i>[Signature]</i>
17 09 20				X								<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, LUZ MENDY ORTEGA MENJURA Identificado (a) con CC: 51990459, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 20				X					X			Deisy Garcia
15 09 20				X								Deisy Garcia
16 09 20				X								Deisy Garcia
17 09 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 09 20				X					X			Leidy Saenz
15 09 20				X								Leidy Saenz
16 09 20				X								Leidy Saenz
17 09 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.

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





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**  
 4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá



		<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1				
<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO					<b>Cédula</b> 1140868607					<b>Unidad</b> JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ						
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 enel Art 2.2.4.6.24, 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	9	2020				1	1	2								
12	9	2020				1		1				1				
14	9	2020	1			1		1			1			uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400		
15	9	2020				1		2								
16	9	2020				1		2								
17	9	2020				1										
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
Yo, <u>Maria Paula Campos Buitrago</u> Identificado (a) con CC: <u>1.140.868.607</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.																

		<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1				
<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DEISY LILIANA ESTEVES					<b>Cédula</b> 1052020668					<b>Unidad</b> JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ						
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 enel Art 2.2.4.6.24, 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	9	2020				1										
14	9	2020	1			1					1					
15	9	2020				1								N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial		
16	9	2020				1										
17	9	2020				1										
DD	MM	AA														
DD	MM	AA														
Yo, <u>Deisy Liliana Esteves M</u> Identificado (a) con CC: <u>1052020668</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.																

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190303  
 VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 9 2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
14 9 2020	1			1							1		<i>Alix Acevedo</i>
15 9 2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
16 9 2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
17 9 2020				1									<i>Alix Acevedo</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

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

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


Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
11 9 2020				1									<i>Milder Astrid M.</i>
12 9 2020	1			1							1		<i>Milder Astrid M.</i>
14 9 2020				1									<i>Milder Astrid M.</i>
15 9 2020				1									<i>Milder Astrid M.</i>
16 9 2020				1									<i>Milder Astrid M.</i>
17 9 2020				1									<i>Milder Astrid M.</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190332  
 VIGILADO





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GH)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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 9 2020				1								<i>Flor Isabel Serrano</i>
12 9 2020	1			1		1				1		<i>Flor Isabel Serrano</i>
14 9 2020				1	1	10					N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio	<i>Flor Isabel Serrano</i>
15 9 2020				1		4						<i>Flor Isabel Serrano</i>
16 9 2020				1		7						<i>Flor Isabel Serrano</i>
17 9 2020				1								<i>Flor Isabel Serrano</i>
DD MM AA												

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

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





**3.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal Regional Meta**

**3.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Luis Acosta, Antony Gutierrez, Wilson Guti		Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
		Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1	08/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
2	09/20				X							Jersalud le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
3	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
4	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Luis Acosta	Luis Rodríguez
5	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	Luis Rodríguez
6	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	Luis Rodríguez
7	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	Luis Rodríguez
8	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	Luis Rodríguez
9	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	Luis Rodríguez
10	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	Luis Rodríguez
11	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	Luis Rodríguez
12	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	Luis Rodríguez
13	09/20				X							JERSALUD le dio tapabocas a Wilson Gutierrez	Luis Rodríguez

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
		Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	09/20				X									
17	09/20				X								JERSALUD le dio tapabocas a Antony Gutierrez	Luis Rodríguez
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/AA													
DD	NN/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 Corredor Nacional: 0800091033



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DANIELA CARREÑO	1007449166	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. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 09 20				X									Angelbreal
02 09 20				X								Guato desechable	Angelbreal
3 09 20	X			X									Angelbreal
04 09 20	X			X									Angelbreal
07 09 20	X			X									Angelbreal
8 09 20	X			X									Angelbreal
9 09 20	X			X									Angelbreal
10 09 20	X			X									Angelbreal
11 09 20	X			X									Angelbreal
14 09 20	X			X									Angelbreal
15 09 20	X			X									Angelbreal
26 09 20				X								Guato desechable	Angelbreal

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
ANGIE CARREÑO	1007449166	ADMIN

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 09 20	X			X									Angelbreal

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Scherer León Dair Miguel	<b>Cédula</b> 112829774	<b>Unidad</b> U/E. (Asistencia)
--	----------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
2 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
3 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
4 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
5 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
6 9 2020												
7 9 2020												
8 9 2020												
9 9 2020												
10 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
11 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
12 9 2020												
13 9 2020												
14 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
15 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair

Yo, Dair Miguel Scherer León Identificado (a) con CC: 112829774, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Gomez Darwin Miguel	<b>Cédula</b> 112829774	<b>Unidad</b> Asistencia
---	----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
17 9 2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Ref en Caution	Dair
18 9 2020												
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Darwin Miguel Gomez Identificado (a) con CC: 112829774, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

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

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Rojas July</u>	<b>Cédula</b> <u>40326034</u>	<b>Unidad</b> <u>Asistencia</u>
---	----------------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit con sut 2	
17 9 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kit consult 2	
18 9 2020												
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Bocanegra Masquera Diego fdo</i>	<i>1107054234</i>	<i>Asu. ferria</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
1	9	2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
2	9	2020	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	L	-	Tapabocas producen Alergia <sup>(MKT)</sup> Diego Bocanegra
3	9	2020	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	" " " Diego Bocanegra
4	9	2020	-	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	" " " Diego Bocanegra
5	9	2020													
6	9	2020													
7	9	2020													
8	9	2020	-	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Tapabocas son de alergia Diego Bocanegra
9	9	2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
10	9	2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
11	9	2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
12	9	2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
13	9	2020													
14	9	2020	L	L	L	L	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
15	9	2020	L	L	L	L	L	-	-	-	-	-	L	-	Atención por PPD (N95 sin válvula) Diego Bocanegra

Yo, Diego Bocanegra el Identificado (a) con CC: 1107054234, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Bocanegra Diego Fernando</i>	<i>1107054334</i>	<i>Admon.</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
16	9	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
17	9	2020	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego Bocanegra
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Guzmán S. César Almeida	1082774101	Comp. Extina

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

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

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Guzmán S. César A.	1082774101	Comp. Extina

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monopata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	9	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
17	9	2020	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
18	9	2020											
19	9	2020											
20	9	2020											
21	9	2020											
22	9	2020											
23	9	2020											
24	9	2020											
25	9	2020											
26	9	2020											
27	9	2020											
28	9	2020											
29	9	2020											
30	9	2020											

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Beltran Juli	<b>Cédula</b> 40218844	<b>Unidad</b> Uleno
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Ropa desechable	Polainas				
1	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
2	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
3	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
4	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
5	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
6	9	2020												
7	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
8	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
9	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
10	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
11	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
12	9	2020												
13	9	2020												
14	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
15	9	2020	x	x	x	x								Juli B.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Beltran Juli	<b>Cédula</b> 40218844	<b>Unidad</b> Uleno
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Ropa desechable	Polainas				
16	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
17	9	2020	x	x	x	x								Juli B.
18	9	2020												
19	9	2020												
20	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020												
23	9	2020												
24	9	2020												
25	9	2020												
26	9	2020												
27	9	2020												
28	9	2020												
29	9	2020												
30	9	2020												

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Cordoba Dussan Jovanna Leti	<b>Cédula</b> 35263051	<b>Unidad</b> Asistencia
---	---------------------------	-----------------------------

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Cordoba Jovanna	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b> Asistencia
---	---------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Colla	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
16	9	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta telefónica	[Firma]	
17	9	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	Consulta telefónica	[Firma]	
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Arango Amoroso Girna K.	40331094	Jerdid yw

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

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

Yo, Arango Girna K. identificado (a) con CC: 40331094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Arango Girna K.		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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	unhl	[Signature]
17	9	2020												
18	9	2020												
19	9	2020												
20	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020												
23	9	2020												
24	9	2020												
25	9	2020												
26	9	2020												
27	9	2020												
28	9	2020												
29	9	2020												
30	9	2020												

Yo, Girna K. Arango 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: 018000910303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Daddy Liseth Torres Martinez	<b>Cédula</b> 112189850	<b>Unidad</b> Asistencia
--	----------------------------	-----------------------------

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Daddy Liseth Torres Martinez	<b>Cédula</b> 112189850	<b>Unidad</b> Consulta externa
--	----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas					
16	9	2020	X	X		X		X				X	fit en Consultorio	Daddy Torres	
17	9	2020	X	X		X		X				X	fit en Consultorio	Daddy Torres	
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> De Venancio Ramirez	<b>Cédula</b> 86080094	<b>Unidad</b> Asistencial
---	---------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Comite Virtual	
2	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta presencial	
3	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta Virtual	
4	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta Virtual	
5	9	2020											
6	9	2020											
7	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
8	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
9	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
10	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
11	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
12	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
13	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
14	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	
15	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta virtual	

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Romero Jose Adelmo	<b>Cédula</b> 86.080.094	<b>Unidad</b> Asistencial
--	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Carena desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	9	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Consulta Virtual	
17	9	2020											
18	9	2020											
19	9	2020											
20	9	2020											
21	9	2020											
22	9	2020											
23	9	2020											
24	9	2020											
25	9	2020											
26	9	2020											
27	9	2020											
28	9	2020											
29	9	2020											
30	9	2020											

Yo, Jose Adelmo Romero identificado (a) con CC: 86.080.094 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Adriana Lorena Rey Rodríguez</u>	<u>1.019.071.171</u>	<u>Asistencia</u>

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

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

Yo, Adriana Lorena Rey Rodríguez identificado (a) con CC: 1.019.071.171, 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.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Rey Adriana Lorena</u>	<u>1.019.071.171</u>	<u>Asistencia</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaños de látex	Guaños de nitrilo	Guaños de nylon	Bata desechable	Polainas					
16	9	2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	
17	9	2020	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

Yo, Adriana Lorena Rey 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.





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Roa Forero Aura Milena	<b>Cédula</b> 1-121-898-957	<b>Unidad</b> Admon
--	--------------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable	Polainas			
16	9	2020				X							
17	9	2020				X							
18	9	2020											
19	9	2020											
20	9	2020											
21	9	2020											
22	9	2020											
23	9	2020											
24	9	2020											
25	9	2020											
26	9	2020											
27	9	2020											
28	9	2020											
29	9	2020											
30	9	2020											

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Roa Forero Aura Milena	<b>Cédula</b> 1-121-898-957	<b>Unidad</b> Jersalud.
--	--------------------------------	----------------------------

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019303  
**VIGILADO**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Maria Emilia Abramov	<b>Cédula</b> 1121838406	<b>Unidad</b> Asistencia
--	-----------------------------	-----------------------------

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

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Navarro Maria Emilia	<b>Cédula</b> 1-121838406	<b>Unidad</b> Asistencia
--	------------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	9	2020	X	X		X						X		Maria Emilia Navarro
17	9	2020	X	X		X						X		Maria Emilia Navarro
18	9	2020												
19	9	2020												
20	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020												
23	9	2020												
24	9	2020												
25	9	2020												
26	9	2020												
27	9	2020												
28	9	2020												
29	9	2020												
30	9	2020												

Yo, Maria Emilia Navarro Identificado (a) con CC: 1-121.838.406 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.

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

















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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ingrid Cardenas	<b>Cédula</b> 1.093.755.032	<b>Unidad</b> Asistencial
---	--------------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Ingrid Cardenas Identificado (a) con CC: 1.093.755.032 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Erika Hernandez	<b>Cédula</b> 1121876618	<b>Unidad</b> Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
1 09 20				X								ERIKA H.
2 09 20	X			X								ERIKA H.
3 09 20				X								ERIKA H.
4 09 20				X								ERIKA H.
5 09 20				X								ERIKA H.
07 09 20	X			X								ERIKA H.
8 09 20				X								ERIKA H.
9 09 20				X								ERIKA H.
10 09 20	X			X								ERIKA H.
11 09 20				X								ERIKA H.
12 09 20				X							Gorro desechable.	ERIKA H.
14 09 20				X								ERIKA H.

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Erika Hernandez	<b>Cédula</b> 1121876618	<b>Unidad</b> Asistencia
---	-----------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				X								Erika
16 09 20				X							Gorro desechable.	Erika
17 09 20	X			X								Erika

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								Andrea Barbosa
2 09 20	X			X								Andrea Barbosa
3 09 20	X			X								Andrea Barbosa
4 09 20	X			X								Andrea Barbosa
5 09 20	X			X								Andrea Barbosa
07 09 20	X			X								Andrea Barbosa
8 09 20	X			X								Andrea Barbosa
9 09 20	X			X								Andrea Barbosa
10 09 20	X			X								Andrea Barbosa
15 09 20	X			X								Andrea Barbosa
16 09 20				X							Gorro desechable	Andrea Barbosa
17 09 20	X			X								Andrea Barbosa

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

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







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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 01 20				X									
02 09 20				X								Gorro desechable	
3 09 20	X			X									
4 09 30	X			X									
5 09 30	X			X									
07 09 20	X			X									
8 09 20	X			X									
9 09 20	X			X									
10 09 20	X			X									
11 09 20	X			X									

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Falla	<b>Cédula</b> 1121916803	<b>Unidad</b> adm.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.

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			
1 09 20				X									
02 09 20				X									
3 09 20				X									
4 09 20				X									
5 09 20				X									
7 09 20				X									
8 09 16				X									
9 09 20				X									
10 09 20				X									
11 09 20				X									
14 09 20				X									
15 09 20				X									

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Falla	<b>Cédula</b> 1121916803	<b>Unidad</b> Admin
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 09 20				X								
17 09 20				X								

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Olga Lineros	<b>Cédula</b> 40389819	<b>Unidad</b> Admin
--	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
2 09 20				X								
3 09 20				X								
4 09 20				X								
5 09 20				X								
8 09 20				X								
9 09 20				X								
10 09 20				X								
11 09 20				X								
14 09 20				X								
15 09 20				X								
26 09 20				X								

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Olga Linares	40389814	Admin

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

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

Yo, Olga Soledad Linares Identificado (a) con CC: 40389814 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Miguel Reina	1171853253	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
4 09 20				X								
8 09 20				X								
10 9 20				X								
14 09 20				X								
15 09 20				X								
26 09 20				X								

Yo, Miguel Ángel Reina Weffers Identificado (a) con CC: 1171853253 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800919383  
**VIGILADO**

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Peñalosa	<b>Cédula</b> 40330585	<b>Unidad</b> Adm.
---	---------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmase			
1 04 20				X									[Firma]
2 09 20				X									[Firma]
3 09 20				X									[Firma]
4 09 20				X									[Firma]
5 09 20				X									[Firma]
7 09 20				X									[Firma]
8 09 20				X									[Firma]

Yo, Sandra Patricia Peñalosa Identificado (a) con CC: 40330585, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Karen Melo	<b>Cédula</b> 1121926625	<b>Unidad</b> Adm.
--	-----------------------------	-----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmase			
1 09 20				X									[Firma]
02 09 20				X									[Firma]
3 09 20				X									[Firma]
4 09 20				X									[Firma]
5 09 20				X									[Firma]
7 09 20				X									[Firma]
8 09 20				X									[Firma]
9 09 20				X									[Firma]
10 09 20				X									[Firma]
11 09 20				X									[Firma]
14 09 20				X									[Firma]
15 09 20				X									[Firma]

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Karen Melo	1121926625	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
26 09 20				X									<i>Karen Melo</i>

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Nancy Duarte	52429438	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
1 09 20				X									<i>Nancy Duarte</i>
2 09 20				X									
3 09 20				X									
5 09 20				X									
8 09 20				X									
9 09 20				X									
10 09 20				X									
11 09 20				X									
14 09 20				X									
15 09 20				X									
16 09 20				X									

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Duvan Villegas	1127390578	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								Duvan Florez.
2 09 20				X								Duvan Florez
3 09 20				X								Duvan Florez
4 09 20				X								Duvan Florez
5 09 20				X								Duvan Florez
7 09 20				X								Duvan Florez
8 09 20				X								Duvan Florez
9 09 20				X								Duvan Florez
11 09 20				X								Duvan Florez
14 09 20				X								Duvan Florez
15 09 20				X								Duvan Florez
16 09 20				X								Duvan Florez

Yo, Duvan Ferney Villegas Florez Identificado (a) con CC: 1127390578. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JESSICA CAÑON	1120502833	Admin

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
02 09 20				X								
09 09 20				X								
15 09 20				X								
19 09 20				X								

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Jenny Gutierrez	1121880489	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	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 10				X								Jenny G
2 09 10	X			X								Jenny G
3 09 10				X								Jenny G
4 09 10				X								Jenny G
07 09 20	X			X								Jenny Gutierrez
8 09 10				X								Jenny Gutierrez
11 09 20				X								Jenny Gutierrez
14 09 20				X								Jenny Gutierrez
15 09 20				X								Jenny Gutierrez
16 09 20				X								Jenny Gutierrez
17 09 20				X								Jenny Gutierrez

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Marcela Acuña	1121950663	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	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 10				X								Marcela Acuña
2 09 20	X			X								Marcela Acuña
7 09 20				X								Marcela Acuña

Yo, Marcela Acuña identificado (a) con CC: 1121950663, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Ruth Bayona</u>	<b>Cédula</b> <u>40.185740</u>	<b>Unidad</b> <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	Monopara de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								
1 09 20	X			X								
3 09 20				X								
4 09 20				X								
9 09 20				X								
10 09 20				X								
11 09 20				X								
14 09 20				X								
15 09 20				X								
16 09 20				X								
17 09 20				X								

Yo, Ruth Bayona Identificado (a) con CC: 40.185740 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Ayia Lombro</u>	<b>Cédula</b> <u>120.504.110</u>	<b>Unidad</b> <u>Administrativo</u>
--	-------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopara de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
2 09 20				X								
9 09 20				X								
12 09 20				X								
16 09 20				X								

Yo, Ayia Cristina Lombro Identificado (a) con CC: 120.504.110 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
07 09 20	X			X									
08 09 20				X									
09 09 20				X									
10 09 20				X									
12 09 20				X									
14 09 20				X									
15 09 20				X									
16 09 20				X									

Yo, Grecia Yajaira Tellez Coballero Identificado (a) con CC: 1.121.846.960, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Laura Pinto</u>	<b>Cédula</b> <u>1006822165</u>	<b>Unidad</b> <u>Administrativa</u>
--	------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 09 20				X									
15 09 20				X									
16 09 20				X									
17 09 20				X									

Yo, Laura Pinto Identificado (a) con CC: 1006822165, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jhoan Santana	<b>Cédula</b> 1006773398	<b>Unidad</b> Admin
---	-----------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 09 20				X								Jhoan Santana
2 09 20				X								Jhoan Santana
3 09 20				X								Jhoan Santana
4 09 20				X								Jhoan Santana
5 09 20				X								Jhoan Santana
8 09 20				X								Jhoan Santana
9 09 20				X								Jhoan Santana
11 09 20				X								Jhoan Santana
15 09 20				X								Jhoan Santana
17 09 20				X								Jhoan Santana
18 09 20				X								Jhoan Santana

Yo, Jhoan Snieder Santana Identificado (a) con CC: 1006773398, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Velazquez Rojas Jocely Gussally	<b>Cédula</b> 1121021032	<b>Unidad</b>
---	-----------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 9 2020	X	X		X	X	X						
2 9 2020	X	X		X	X	X						
3 9 2020	X	X		X	X	X						
4 9 2020	X	X		X	X	X						
5 9 2020	X	X		X	X	X						
6 9 2020	X	X		X	X	X						
7 9 2020	X	X		X	X	X						
8 9 2020	X	X		X	X	X						
9 9 2020	X	X		X	X	X						
10 9 2020	X	X		X	X	X						
11 9 2020	X	X		X	X	X						
12 9 2020	X	X		X	X	X						
13 9 2020	X	X		X	X	X						
14 9 2020	X	X		X	X	X						
15 9 2020	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: 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>Velasquez Feidy Gissely</u>	Cédula <u>1121821932</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas	Observaciones	Firma
16 9 2020	X	X		X	X	X			X			
17 9 2020	X	X		X	X	X			X			
18 9 2020	X	X		X	X	X			X			
19 9 2020												
20 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
26 9 2020												
27 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, Feidy Gissely Velasquez Identificado (a) con CC: 1121821932, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>IVAN Puentes</u>	Cédula	Unidad
--	--------	--------

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

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





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

<b>APELLIDOS y Nombres Completos</b> Puentes Juan Camilo	<b>Cédula</b> 1010127835	<b>Unidad</b> Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinias					
16	9	2020	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-		
17	9	2020	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-		
18	9	2020													
19	9	2020													
20	9	2020													
21	9	2020													
22	9	2020													
23	9	2020													
24	9	2020													
25	9	2020													
26	9	2020													
27	9	2020													
28	9	2020													
29	9	2020													
30	9	2020													

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

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

<b>APELLIDOS y Nombres Completos</b> Sabogal Anas Gamile	<b>Cédula</b> 40.392.862	<b>Unidad</b> Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Carra desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinias					
1	9	2020												No asistió	
2	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
3	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
4	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
5	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
6	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
7	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
8	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
9	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
10	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
11	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
12	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
13	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
14	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			
15	9	2020	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X			

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

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



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

<b>APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS</b> Sabogal Arias Yamile	<b>CC(DI)</b> 40392862	<b>Unidad</b> Asistencial
---	---------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cota	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
17	9	2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
18	9	2020												
19	9	2020												
20	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020												
23	9	2020												
24	9	2020												
25	9	2020												
26	9	2020												
27	9	2020												
28	9	2020												
29	9	2020												
30	9	2020												

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

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

<b>APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS</b> Avila Omar	<b>CC(DI)</b>	<b>Unidad</b> Asistencial
---	---------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cota	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16	9	2020	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X		
17	9	2020												
18	9	2020												
19	9	2020												
20	9	2020												
21	9	2020												
22	9	2020												
23	9	2020												
24	9	2020												
25	9	2020												
26	9	2020												
27	9	2020												
28	9	2020												
29	9	2020												
30	9	2020												

Yo, Omar Avila 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**





**3.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán**

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jedy Morales	1090394053	Puerto Gaitán

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pósters			
31 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
01 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
02 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
03 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
04 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
07 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
08 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
09 09 2020				X							X	Gorro	Jedy Morales
10 09 2020				X							X	Borio	Jedy Morales
11 09 20				V							V	Gorro	Jedy Morales
12 09 20				X							X	Gorro	Jedy Morales
14 09 20				F							F	Gorro	Jedy Morales

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jedy Morales	1.090394053	Puerto Gaitán

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pósters			
15 09 20				X							X	Gorro	Jedy Morales
16 09 20				X							X	Gorro	Jedy Morales
17 09 20				X							X		
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													
20 09 20													

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

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





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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Juliana Rojas	13920473	Jersalud

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 09 20				X					X			
14 09 20				X					X			
15 09 20				X					X			
16 09 20				X					X			
19 09 20				X					X			
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												

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
Juliana Rojas	13920473	Jersalud

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 08 20				X					X		gorro	
31 08 20				X					X		gorro	
01 09 20				X					X		gorro	
03 09 20				X					X		gorro	
04 09 20				X					X		gorro	
05 09 20				X					X		gorro	
06 09 20				X					X		gorro	
07 09 20				X					X		gorro	
08 09 20				X					X		gorro	
09 09 20				X					X		gorro	
10 09 20				X					X		gorro	
11 09 20				X					X		gorro	

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

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



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ira Yabona	<b>Cédula</b> 1729321204	<b>Unidad</b> 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. 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
	Ceja	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 09 20				X						X		Ira Yabona
17 09 20				X						X		
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												
CC MM AA												

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ	<b>Cédula</b> 1020606521	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 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
	Ceja	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas No con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 9 2020				X		X				X		Angela Med Natalia Med Natalia Med
16 9 2020				X		X				X		
17 9 2020				X		X				X		
19 9 2020												
19 9 2020												
21 9 2020												
22 9 2020												
23 9 2020												
24 9 2020												
25 9 2020												
28 9 2020												
29 9 2020												
30 9 2020												

Yo, ANGELA NATALIA MEDINA SUAREZ Identificado (a) con CC: 1020606521, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	FIGTH003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellido y Nombre Completo</b> JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	<b>Código</b> 12565313	<b>Ubicación</b> CONSULTA EXTERNA
--	---------------------------	--------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1954, Dec. 982 de 1954, Dec. 856 de 1970 y Res. 46 de 1992 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, se estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (Día/Mes/Año)	Café	Resguardos seguridad	Cinturón de seguridad	Trípode de aluminio	Elementos de Protección Personal							Observaciones	Firma
					Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio		
1 9 2020		X		X						X			
2 9 2020		X		X						X			
3 9 2020		X		X						X			
4 9 2020		X		X						X			
5 9 2020		X		X						X			
7 9 2020		X		X						X			
8 9 2020		X		X						X			
9 9 2020		X		X						X			
10 9 2020		X		X						X			
11 9 2020		X		X						X			
14 9 2020		X		X						X			
15 9 2020													
16 9 2020													
17 9 2020													
18 9 2020													
19 9 2020													
21 9 2020													
22 9 2020													
23 9 2020													
24 9 2020													
25 9 2020													
26 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

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

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	FIGTH003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellido y Nombre Completo</b> ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	<b>Código</b> 1121925239	<b>Ubicación</b> CONSULTA EXTERNA
---	-----------------------------	--------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1954, Dec. 982 de 1954, Dec. 856 de 1970 y Res. 46 de 1992 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, se estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (Día/Mes/Año)	Café	Resguardos seguridad	Cinturón de seguridad	Trípode de aluminio	Elementos de Protección Personal							Observaciones	Firma
					Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio	Trípode de aluminio		
1 9 2020				X						X			
2 9 2020				X						X			
3 9 2020				X						X			
4 9 2020				X						X			
5 9 2020				X						X			
7 9 2020				X						X			
8 9 2020				X						X			
9 9 2020				X						X			
10 9 2020				X						X			
11 9 2020				X						X			
14 9 2020				X						X			
16 9 2020				X						X			
16 9 2020				X						X			
17 9 2020				X						X			
18 9 2020													
19 9 2020													
21 9 2020													
22 9 2020													
23 9 2020													
24 9 2020													
25 9 2020													
28 9 2020													
29 9 2020													
30 9 2020													

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

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





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

Apellidos y Nombres Completos <b>MARLY YULIETH GARCIA CALDERON</b>	Cédula <b>1121847473</b>	Unidad <b>CONSULTA EXTERNA</b>
---	-----------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma			
	Cota	Reserva de seguridad	Casco protector	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Protector ocular					
1	9	2020				X										Marly G
2	9	2020				X										Marly G
3	9	2020				X										Marly G
4	9	2020				X										Marly G
5	9	2020				X										Marly G
7	9	2020				X										Marly G
8	9	2020				X										Marly G
9	9	2020				X										Marly G
10	9	2020				X										Marly G
11	9	2020				X										Marly G
14	9	2020				X										Marly G
15	9	2020				X										Marly G
16	9	2020				X										Marly G
17	9	2020				X										Marly G
19	9	2020				X										Marly G
19	9	2020				X										Marly G
21	9	2020				X										Marly G
22	9	2020				X										Marly G
23	9	2020				X										Marly G
24	9	2020				X										Marly G
25	9	2020				X										Marly G
26	9	2020				X										Marly G
29	9	2020				X										Marly G
29	9	2020				X										Marly G

Yo, MARLY YULIETH GARCIA CALDERON identificado (a) con CC: 1121847473, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

### 3.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

Apellidos y Nombres Completos <b>NAIRA GUERRA VARGAS</b>	Cédula <b>1 121 889 427</b>	Unidad <b>ASISTENCIAL</b>
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	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	Protector ocular					
14	9	2020	X			X										Naira
15	9	2020				X										Naira
16	9	2020				X										Naira
17	9	2020				X										Naira
18	9	2020				X										Naira
19	9	2020				X										Naira

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

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DAMARIS ESTRADA CAICEDO	<b>Cédula</b> 1 121 839 364	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
14 9 2020	X			X					X			
15 9 2020				X								
16 9 2020				X								
17 9 2020				X								
18 9 2020				X								
19 9 2020				X								

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Poininas		
14 9 2020	X			X		X			X			
15 9 2020				X		X						
16 9 2020				X		X						
17 9 2020				X		X						
18 9 2020				X		X						
19 9 2020				X		X						

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
14 9 2020	X			X		X			X			
15 9 2020				X		X						
16 9 2020				X		X						
17 9 2020				X		X						
18 9 2021				X		X						
19 9 2020				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
14 9 2020	X			X		X						
15 9 2020				X		X						
16 9 2020				X		X						
17 9 2020				X		X						
18 9 2020				X		X						
19 9 2020				X		X						

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





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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	1120498277	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 952 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24 numeral 6. lo

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
11 9 2020				X								
14 9 2020				X								
15 9 2020				X	X						ATENCION PRESENCIAL	
16 9 2020				X								
17 9 2020				X								

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 952 de 1984, Dec. 688 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24 numeral 5. lo

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poleínas		
11 9 2020				X								
12 9 2020				X								
14 9 2020				X								
15 9 2020				X								
16 9 2020				X								
17 9 2020				X								

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



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 882 de 1964, Dec. 666 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 numeral 5. le

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
12 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
14 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
15 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
16 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
17 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
NATALIA VELASQUEZ	1121914029	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. 882 de 1964, Dec. 666 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 numeral 5. le

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
12 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
14 9 2020				X		X			X			<i>[Firma]</i>
15 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
16 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>
17 9 2020				X		X						<i>[Firma]</i>

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

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





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de litex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 9 2020				x								JAVIER
12 9 2020				x								JAVIER
14 9 2020				x				x				JAVIER
15 9 2020				x								JAVIER
16 9 2020				x								JAVIER
17 9 2020				x								JAVIER

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de litex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 9 2020				x		x						
14 9 2020				x		x			x			
15 9 2020				x		x						
16 9 2020				x		x						
17 9 2020				x		x						

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

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





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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
12 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
14 9 2020	x			x		x		x				<i>[Firma]</i>
15 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
16 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
17 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>

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

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

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

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

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 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
14 9 2020	x			x		x		x				<i>[Firma]</i>
15 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
16 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>
17 9 2020				x		x						<i>[Firma]</i>

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

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



**3.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare**

**3.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal**

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

Ailyn Juette Rodriguez.      1.118.550      As. Administrativa.

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofre	Mochilas de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas	Observaciones	Firma
09	09	20				1								
08	09	20				1								
09	09	20				1								
10	09	20				1								
11	09	20				1								
14	09	20				1								
15	09	20				1								
16	09	20				1								

Yo, Ailyn Juette 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

Vanessa Harris      10800 15590      Asistente / Jefe P4P

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

Fecha (DD/MM/AA)			Cofre	Mochilas de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas	Observaciones	Firma
10	09	20				1								
11	09	20				1								
12	09	20				1								
14	09	20				1								

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



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

Kelly Vanessa Ruiz      1010201040      Med. General/Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopie de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
15 09 20				1								Vanessa Ruiz
16 09 20				1								Vanessa Ruiz
17 09 20				1								Vanessa Ruiz
18 09 20				1								Vanessa Ruiz

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

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

Kelly Vanessa Ruiz      1010201040      Medico General/Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopie de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
31 08 20				1	1							Vanessa Ruiz
01 09 20				1								Vanessa Ruiz
02 09 20				1								Vanessa Ruiz
03 09 20				1								Vanessa Ruiz
04 09 20				1								Vanessa Ruiz
05 09 20				1								Vanessa Ruiz
07 09 20				1	1							Vanessa Ruiz
08 09 20				1								Vanessa Ruiz
09 09 20				1								Vanessa Ruiz
10 09 20				1								Vanessa Ruiz
11 09 20				1								Vanessa Ruiz
14 09 20				1								Vanessa Ruiz

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





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

Eneider Manotas
17953025
Asistencia Ginecologo

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

Fecha (DD/MM/AA)		Cofia	Monopis de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
09	09												
08	09		1		1								
11	09	1			1								
14	09				1								
18	09				1								

Yo, Eneider Manotas identificado (a) con CC: 17953025 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Dante Santo Cesar Alberto
1047438183
Med. General Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)		Cofia	Monopis de seguridad	Cartera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
13	09												

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



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

Cesar Alberto Duarte Santo
1047 438 183
Medico General / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopatín de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polinizas	Organizadores	Firma
01 09 20				1								<i>[Signature]</i>
02 09 20				1								<i>[Signature]</i>
03 09 20				1								<i>[Signature]</i>
04 09 20				1								<i>[Signature]</i>
05 09 20				1								<i>[Signature]</i>
07 09 20				1	1							<i>[Signature]</i>
08 09 20				1								<i>[Signature]</i>
09 09 20				1								<i>[Signature]</i>
10 09 20				1								<i>[Signature]</i>
11 09 20				1								<i>[Signature]</i>
14 09 20				1								<i>[Signature]</i>
15 09 20				1								<i>[Signature]</i>

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

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

Gerardo Cabe Harold
84955111
Med. General / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopatín de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polinizas	Organizadores	Firma
12 09 20				1								<i>[Signature]</i>
14 09 20				1								<i>[Signature]</i>
17 09 20				1								<i>[Signature]</i>

Yo, Harold Peraloso, identificado (a) con CC: 84955111, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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(GH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

<u>Oscar Jimenez</u>	<u>1054090740</u>	<u>Asistencia Psicologo</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)	Cofre	Monopala de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Cubierta de lentes	Cubierta de nariz	Cubierta de piñon	Bata desechable	Polvitas	Observaciones	Firma
31 08 20				1	1							
01 09 20				1								
02 09 20				1								
03 09 20				1								
04 09 20				1								
09 09 20				1	1							
08 09 20				1								
09 09 20				1								
10 09 20	1			1								
11 09 20				1								
12 09 20				1								
14 09 20				4								

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

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

<u>Oscar Jimenez</u>	<u>1054090740</u>	<u>Asistencia Psicologo</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)	Cofre	Monopala de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Cubierta de lentes	Cubierta de nariz	Cubierta de piñon	Bata desechable	Polvitas	Observaciones	Firma
15 09 20				1	1							
16 09 20				1	1							

Yo, Oscar Jimenez identificado (a) con CC: 1054090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Nelsy Miranda Santos</u>	<u>52704266</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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 09 2020				X									<i>Nelsy Miranda</i>
11 09 2020				X									<i>Nelsy Miranda</i>
14 09 2020				X									<i>Nelsy Miranda</i>
17 09 2020				X									<i>Nelsy Miranda</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, Nelsy Johana Miranda Santos S. Identificado (a) con CC: 52704266, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Cruz Baquero Lambeth</u>	<u>52929376</u>	<u>Pediatría</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	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
14 09 20				1	1								<i>Lambeth Cruz Baquero</i>
14 09 20				1	1								<i>Lambeth Cruz Baquero</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lambeth Cruz Baquero S. Identificado (a) con CC: 52929376, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Yo, <u>Yorz Socha</u>	C.C. <u>1118574733</u>	Asistente Administrativo /
-----------------------	------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Coifa	Monopala de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Botas desechables	Polariz	Observaciones	Firma
31	08	20				1								<i>[Signature]</i>
01	09	20				1								<i>[Signature]</i>
02	09	20				1								<i>[Signature]</i>
03	09	20				1								<i>[Signature]</i>
04	09	20				1								<i>[Signature]</i>
09	09	20				1								<i>[Signature]</i>
08	09	20				1								<i>[Signature]</i>
09	09	20				1								<i>[Signature]</i>
10	09	20				1								<i>[Signature]</i>
11	09	20				1								<i>[Signature]</i>
12	09	20				1								<i>[Signature]</i>
14	09	20				1								<i>[Signature]</i>

Yo, Yorz Socha identificado (a) con CC 1118 574 733. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Yo, <u>Socha Yorz</u>	C.C. <u>1118574733</u>	Asistente / Administrativo
-----------------------	------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)			Coifa	Monopala de seguridad	Cinturón desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Botas desechables	Polariz	Observaciones	Firma
15	09	20				1								<i>[Signature]</i>
16	09	20				1								<i>[Signature]</i>
17	09	20				1								<i>[Signature]</i>
18	09	20				1								<i>[Signature]</i>

Yo, Yorz Socha identificado (a) con CC 1118574733. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Henry Dario Uva 9432967 Medico General/Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofis	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañetes de látex	Guañetes de nitrilo	Guañetes de nylon	Bata desechable	Polainas	Clasificación	Firma
31 08 20				1	1							
01 09 20				1								
02 09 20				1								
03 09 20				1								
04 09 20				1								
08 09 20				1	1							
09 09 20				1								
20 09 20				1								
11 09 20				1								
12 09 20				1								
14 09 20				1								

Yo, Henry Dario Uva, identificado (a) con CC: 9432967, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Gonzalez Cuevas Ysella 47441197 Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofis	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guañetes de látex	Guañetes de nitrilo	Guañetes de nylon	Bata desechable	Polainas	Clasificación	Firma
12 09 20				1								
14 09 20				1								
15 09 20				1								
16 09 20				1								
17 09 20				1								
18 09 20				1								
19 09 20				1								

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 018000970303  
**VIGILADO**





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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Adriana Victoria Corredor	40402032.	Administrativa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
11 09 2020				1								Adriana C
14 09 2020				1								Adriana C
15 09 2020				1								Adriana C
16 09 2020				1								Adriana C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Mara Alejandra Vargas Palacios.	11835080 1090425293	Administrativo

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 09 2020				1								Mara A Vargas
10 09 2020				1								Mara A Vargas
11 09 2020				1								Mara A Vargas
14 09 2020				1								Mara A Vargas
16 09 2020				1								Mara A Vargas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Mara Alejandra Vargas Palacios Identificado (a) con CC: 1090425293, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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**



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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Amenda Barrera Tolosa</u>	<u>23726655</u>	<u>Salva</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	Monogaja de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 09 2020				1								<u>Amenda B.</u>
10 09 2020				1								<u>Amenda B.</u>
11 09 2020				1								<u>Amenda B.</u>
14 09 2020				1								<u>Amenda B.</u>
15 09 2020				1								<u>Amenda B.</u>
16 09 2020				1								<u>Amenda B.</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Amenda Barrera Tolosa identificado (a) con CC: 23726655, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<u>Henry Dario Uva</u>	<u>9432965</u>	<u>Med. General / Asistencial</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogaja de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 09 20				1								<u>[Firma]</u>
17 09 20												<u>[Firma]</u>
DD MM AA												

Yo, Henry Dario Uva 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 PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Cediel Patiño Natalia      118 570 378      Av. Enfermería/Asistencial

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

FECHA (DD/MM/AA)	Cafe	Monogafas de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas	Observaciones	Firma
15 09 20				1								<i>[Signature]</i>
16 09 20				1								<i>[Signature]</i>
17 09 20				1								<i>[Signature]</i>
18 09 20				1								<i>[Signature]</i>

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

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

Maria Natalia Cariel Patiño      1.118.570.378      Av. Enfermería/Asistencial

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

FECHA (DD/MM/AA)	Cafe	Monogafas de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas	Observaciones	Firma
01 09 20				1								<i>[Signature]</i>
02 09 20				1								<i>[Signature]</i>
03 09 20				1								<i>[Signature]</i>
04 09 20				1								<i>[Signature]</i>
05 09 20				1								<i>[Signature]</i>
07 09 20				1								<i>[Signature]</i>
08 09 20				1								<i>[Signature]</i>
09 09 20				1								<i>[Signature]</i>
10 09 20				1								<i>[Signature]</i>
11 09 20				1								<i>[Signature]</i>
12 09 20				1								<i>[Signature]</i>
14 09 20				1								<i>[Signature]</i>

Yo, Natalia Cariel Identificado (a) con CC: 1.118.570.378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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






#### 4. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

##### 5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	ANA SILVIA PEÑA	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JULIANA ARIAS	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	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%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	KAREN FLOREZ RANGEL	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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


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

<b>TOTAL</b>	10	1	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	LEIDY DAYANA MONROY	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Comuna Nacional, 0100010303  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	NIDIA SAENZ	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	LASTISABEL DIAZ	FARMACIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	MARIA CECILIA RODRIGUEZ	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	CLAUDIA NUMPAQUE	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

TOTAL	10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	ANDERSON VACCA	LINEA DE FRENTE	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

TOTAL	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%	SOBRE SALIENTE





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JUAN CESAR HIGUERA	ADMINISTRATIVA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección 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		Posee anillo
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	1	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JOAN FONSECA	PSICOLOGIA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	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%	SOBRE SALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JHON LORA ESCANDON	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

TOTAL	13	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	FREDY TORRES	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Comercio Nacional, 01000193032  
**VIGILADO**



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JOEL ANTONIO DURAN	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JOSE GREGORIO MOLINA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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


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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010303  
 VIGILADO





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JENNIFER MATEUS	TRABAJO SOCIAL	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

TOTAL	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%	SOBRE SALIENTE



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	GILMA LILIANA ROA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	GERSSON GONZALEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	SANDRA TORRES	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	LUZ MARINA MOJICA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	LUZ AMPARO AYALA	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		Pasee anillos
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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	1	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	CLAUDIA MONTAÑEZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Comuna Nacional, 010001910302  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	MONICA PAOLA FLOREZ	CONSULTA EXTERNA	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ


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

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

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



5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Angela Fajardo	Asistencia	

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

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

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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Dswyldo Gutierrez	Asutodai	

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


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17.09.2020	Lenin Rodriguez	Asistencial	

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Lina Arague	Administrativo	

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 010001910332  
**VIGILADO**





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Lina Zabalza	Farmacia	

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01600010302  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-04-2020	Miguel Velasco	Farmacía	

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

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

<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total Cumplido/Total de criterios evaluados * 100)				

PUNTAJE	
0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Sonia Piza	Farmacia	

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

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

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


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

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







	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		01-18-2019
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Diana Acero	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) equis a su calificación es: C=Cumplió, NC=No cumplió


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Hidaly Triana	Administrativa	

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según su calificación es: C= Cumple NC= No cumple

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


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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-04-2020	Olivia Avendaño	Asistencial	

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


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

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO:				
Puntaje total (cumplir) Total de criterios evaluados * 100				

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 010001910332  
**VIGILADO**



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Alexandra Pinzon	Administración	

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 018000190332  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		01-18-2019
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Nancy Mogollon	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marque con una (X) equis a su calificación es: Cumple, No Cumple, NA

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

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
(Puntaje obtenido / Cumplido / Total de criterios evaluados * 100)				


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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad  
 Calle Comercio Nacional, 010000100033  
**VIGILADO**





### 5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	ELIDA MARIA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA \$OGAMO\$O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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





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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/09/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/09/2020	SERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA \$OGAMO\$O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/09/2020	LEIDY RUTH GAITAN	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA BOGAMOÑO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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





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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/09/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
15/09/2020	ALEXANDER HERRERA	CONSULTA EXTERNA \$OGAMO\$O	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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


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

<b>TOTAL</b>	12			<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE





**5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Samira Castellanos	Farmacia Chiquinquirá	Ledy Buitrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910332  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Natalia Lozano	Farmacia Chiquira	Jeidy Burtrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-04-2020	Jennifer Romero	Aux Activo	terely Butrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Melisa Cardenas	Area Administrativo	Geidy Burbayo

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>					<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Duliana Suarez	Aux Enf.	Leidy Buitrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>					<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Erika Sarcado	Medico	Jedy Burtrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Leidy Butrago	Enfermera	Leidy Butrago


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Shirley Poncacio	Aux SIAU	Geidy Burtrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Gloria Ballesteros	Medico	Feidy Buitrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





### 5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Monquirá

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			NO USO DE VISCERA EN TOMA DE MUESTRAS
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

TOTAL	14	1	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica  
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a que su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			EN ATENCION AL USUARIO.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANALMENTE
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	NO AREA DE ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS DESINFECTANTES ESTA A CARGO DE SMARTH BUSSINES.

TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total cumple / Total de criterios evaluados * 100)	60%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 C.C. 0900010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis a su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

<b>TOTAL</b>	14	1	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		
<b>PUNTAJE</b>			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRE SALIENTE		





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	LUZ MENDY ORTEGA	REGENTE DE FARMACIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		NO USO DE VISCERA NI MONOGAFAS.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	NO REALIZA PROCEDIMIENTOS
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.		X		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			EL AREA DE FARMACIA ES EXCLUSIVO PARA LA AUXILIAR, CUENTA CON BAÑO PRIVADO PARA SUS ELEMENTOS
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	NO INGRESA AL CUARTO DE ASEO DE LA SEDE.

TOTAL	13	1	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO EXISTEN LOCKERS INDIVIDUALES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	NO INGRESO A ALMACEN DE LIQUIDOS DESINFECTANTES Y DE LIMPIEZA

<b>TOTAL</b>	13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	87%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



**5.1.6 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Garagoa**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/20	Alonso D.	C.E	Diana Santica

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	15		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.  
 Teléfono: 01 (800) 919333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/20	Jenny Cortillo	C.E.	Diana Garfing

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	13	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%	

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/20	Mery Camelo	C.E	Diana Gaitano

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%		0% - 80%	NO CUMPLIDO
			80% - 94%	ACEPTABLE
			95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Vigilado





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/20	Diana Galfreá	C.E.	Armando Domínguez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GD)003 Vr.1
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/20	Fanny Calcedo	C. E	Armando Dominguez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 0800091033



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/09/2020	Yan, de. Velazquez	Farmacia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) aquí si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	11		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva de Operación y Control de Calidad  
 Unidad Control Normativa 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/10/2020	Melissa Pupo	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	✓			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	✓			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	✓			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	✓			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	✓			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	✓			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	✓			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	✓			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	✓			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	✓			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	✓			
12	Utiliza calzado cerrado	✓			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	✓			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	✓			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	✓			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332  
 Línea de Consulta Normativa: 01 8000 910333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	Daniela Castro	Asistencial	Daniela Castro

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	0			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	0			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	0			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	0			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	0			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	0			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	0			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	0			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	0			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	0			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	0			
12	Utiliza calzado cerrado	0			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	0			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	0			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	0			

<b>TOTAL</b>	15			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
16/09/2020	Yuley Muñoz	Administrativa	

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			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



### 5.1.8 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Soatá

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			uso de monogafas y protección espiratoria N95 en procedimientos de laboratorio.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colación y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1 oct-18 1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS	A SISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equi al su calificación es: C=Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	x			uso de protección respiratoria N95 para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400 Y VICERA FACIAL
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Sin embargo al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)		x		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	x			
<b>TOTAL</b>		15	1		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			

PUNTAJE	
0 %- 80%	NO CUMPLIDO
80 %- 94%	ACEPTABLE
95 %- 100%	SOBRE SALIENTE



<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>		F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/03/2020	<b>ALIX MARGARITA ACEVEDO</b>	<b>ADMINISTRATIVA</b>	<b>DEISY LILIANA ESTEYES</b>


**Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica**

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		usa protección respiratoria convencional Y Visera facial
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado e el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se	x			se cuenta con piezas graficas de colocacion y retiro adecuado de los epp
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas			x	realiza labor administrativa

Página 1

<b>TOTAL</b>	11	1	3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	31%			<b>0% - 80%</b>	<b>NO CUMPLIDO</b>
				<b>80% - 94%</b>	<b>ACEPTABLE</b>
				<b>95% - 100%</b>	<b>SOBRESALIENTE</b>



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL INSPECTOR	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	ASTRID	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a qué le su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza vestimenta facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar aerosolización	x			uso de protección respiratoria convencional
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x	labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x	labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			usa bata impermeable a pesar de que realiza labor administrativa
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y	x			se cuenta con piezas graficas de colación y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades cuando se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos (zapatos tapabocas) Y aplica las guapas	x		x	

<b>TOTAL</b>	12	0	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados x 100%)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	CUMPLIMIENTO PARCIAL
95% - 100%	CUMPLIDO





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18 1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA
17/09/2020	DEISY LILIANA	ADMINISTRATIV	DEISY LILIANA ESTEYES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				uso de protección respiratoria para atención de pacientes manera presencial, RESPIRADOR m500 con filtro m400
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			se cuenta con piezas graficas de colacion y retiro adecuado de los epp
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polsinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			x	

Página 1

<b>TOTAL</b>	14	1	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total [cumple]/Total de criterios)</b>	100%		

PUNTAJE	
- 4	<b>NO CUMPLIDO</b>
-	<b>ACEPTABLE</b>
- 1	<b>SOBRESALIENTE</b>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



**4.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta**  
**5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Villavicencio**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Windy Gaitan	Asistencial	JHOAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis a su calificación es: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Gabriel Babiongi	Asistencial	Thuan Santana


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales)			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Vanessa Parada	Asistencial	Jhuan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
 Línea Correo Nacional: 01800091030  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-20	Erika Hernandez	Asistencial	Jhoan Santana


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica.

No.	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	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (Cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Angie machado	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	16	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





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Angie Carreño	ADMSIA	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
13-09-2020	Wilder Novoa	Asistencia	Jhona Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades 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	9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100 %			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Operativa de Atención Primaria D.C.  
 Línea Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		ocl-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Yuli Beltrán	Admin	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	AUTO ROCA	Asistencia	JHOAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede genera: salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		ocl-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Diego Bocanegra	Admin	Jhuan Santana


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2010	Maria Novorro	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marque con una (x) equis, si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total cumple) / Total de criterios evaluados * 100%	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Darwin Gomez	Asistencial	JUAN SANTANA


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede genera: salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910303  
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	JULY ROJAS	ASISTENCIAL	JHON SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	4	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
77-09-2020	Tovana Cordebu	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100 %			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Electrónico: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Karina Arango	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2010	Cesar Guerrero	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NÓ CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Xiomara Olaya	Asistencial	Juan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	10	0	8
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333  
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910333  
**VIGILADO**





	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Toddy Torres	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis su calificación: 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 pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total cumple / Total de criterios evaluados x 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Adriana Rey	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación de Evaluador: Marque con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica.

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-20	Karina Gonzalez	Asistencia	Jhoan Santara

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales)	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios-evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Jose Romero	Asistencial	Jhon Santana


Calificación del evaluador: Marque con una (X) según su calificación: C= Cumple, NC= No cumple, NA= No aplica.

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	RUTH BAGUERO	ASISTENCIAL	JUAN SALTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total: (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	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
17-09-2020	Marcela Alvarado	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluado: Marcar con una (X) en sus calificaciones. C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			LOS EPP SON desechables
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas (tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


TOTAL	16	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	100%		
Puntaje total (cumple) / Total de ítems evaluados (100)	160%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Electrónico: 018000910303  
 Vigilado





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2010	Jenny Gutierrez	Asistencia	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESTRUIBLES
7	El stock de E.P.P tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	6	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Grecia Tellez	Asistencial	Jhuan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total: (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH.027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Soledad Linares	ADMIN	Jhuan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	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 Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Sebastian Folla	Admin	JUAN SANTANA

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	LOS EPP SON DESHECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación, o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	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
17-09-2020	Laura Pinto	Admin	Jhoan Santana


Calificación del evaluador. Marque con una (x) según si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica.

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	0	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total cumple / Total de criterios evaluados * 100)	100%			
PUNTAJE				
0% - 80%	NO CUMPLIDO			
80% - 94%	ACEPTABLE			
95% - 100%	SOBRESALIENTE			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Carolina Borrojo	Asistencial	Juan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales)			X	LOS EPP SON DESECHABLES
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Ruby Ruiz	Asistencial	JUAN SANTANA


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los EPP son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Vigilado



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Leidy Velosquez	Asistencial	Juan Santana


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	74	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	60%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	Ivan Puentes	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador; Marcar con una (x) equis a su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	13	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17-09-2020	YAMILE SABOCCO	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales)	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Ai ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01800019033




**4.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán**

		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
17/09/2020	LEIDY MORALES	REGENTE	SANDRA PATIÑO			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid 19.			X		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19.	X				
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b>		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
<b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
 VIGILADO



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
17/09/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	






FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
17/09/2020		LIZ MADRID		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19.	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19.	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



**4.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	ESPERANZA GUERRERO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) aquí si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	SE ENTREGA BATA DESECHABLE YA QUE ESTA EN CONTACTO PERMANENTE CON PACIENTES
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bates, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	11	1	3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	OLINDA MURILLO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	SE ENTREGA BATA DESECHABLE YA QUE ESTA EN CONTACTO PERMANENTE CON PACIENTES
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	11	1	3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		TIENE MONOGAFAS PERO NO LAS UTILIZA EN EL MOMENTO DE LA INSPECCION
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. llene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	12	2	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	86%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple · NC= No cumple · NA= No aplica

No	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	12	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTh)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	12	1	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
17/09/2020	JAVIER HERRERA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VÉLASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		NO SE CUENTAN CON GORROS DESECHABLES
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		PENDIENTE CAPACITACION
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


TOTAL	9	2	4	PUNTAJE	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	82%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Consulta Normativa: 018000910302  
**VIGILADO**









		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/09/2020		YADIRA TORO PINEDA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/09/2020		IMNA MENDIETA CONTRERAS		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/09/2020		LILIANA FONSECA		CONSULTA EXTERNA		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	ATENCIONES BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4			
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	






		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
				1 DE 1			
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
18/09/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		NAIRA GUERRA VARGAS	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	SE HACE ENTREGA DE MANERA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		PENDIENTE CAPACITACION		
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		10	1	4			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




**4.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López**

		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
17/09/2020		MARLY GOMEZ		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
17/09/2020		MARGARITA ZAMBRANO		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	






		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
17/09/2020		NATALIA MEDINA		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	



### 4.3 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		
14/09/2020	Kelly Vanessa Ruiz	Asistencial	Ysella Gonzalez		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	
<b>TOTAL</b>		14	0	1	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b>
					80% - 94% <b>ACEPTABLE</b>
					95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
14/09/2020		Cesar Duarte		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		13	0	2	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
14/09/2020	Harold Peñaranda	Asistencial	Ysella Gonzalez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN								
14/09/2020		Vanesa Charris		Asistencial		Ysella Gonzalez								
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica														
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES									
		C	NC	NA										
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Jefe de enfermería									
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X												
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X												
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X												
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X												
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X												
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X												
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X												
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X												
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X												
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X												
12	Utiliza calzado cerrado	X												
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X												
14	Las uñas las conserva cortas y limpias													
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X										
<b>TOTAL</b>		14	0	1										
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			<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													


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
15/09/2020		Maria Alejandra Vargas Palacios		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.			X	Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			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		
15/09/2020		Henry Dario Uva Pelayo	Asistencial	Ysella Gonzalez		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
<b>TOTAL</b>		13	0	2	<b>PUNTAJE</b> 0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b> 80% - 94% <b>ACEPTABLE</b> 95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario”



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Natalia Cediel		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		AMERIDA BARRERA TOLOSA		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Coordinadora de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	






FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Oscar Jimenez		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicologo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		9	0	6			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Arlyn Ramirez		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicaduras.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		10	0	5			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					<b>PUNTAJE</b>		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
15-09-202	Yorz 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	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de sistemas	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
<b>TOTAL</b>		9	0	6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE





FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Adriana Victoria Corredor		Administrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		14	10	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Sandra Lorena Arias		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Coordinadora de Sede		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x					
12	Utiliza calzado cerrado		x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Sara Nohemi Ojeda Parales		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermeria		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
 VIGILADO





FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15-09-202		Martha Cordoba		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
16/09/2020		Mariluz Martinez Alfonso		Admisnistrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



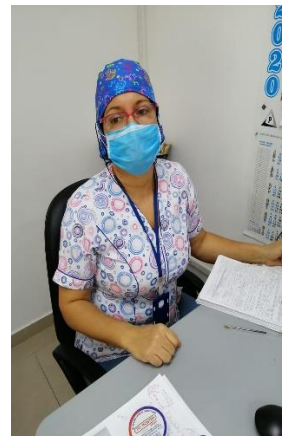
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
15/09/2020		Nelsy Johana Miranda		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		x		Auxiliar de Farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x					
12	Utiliza calzado cerrado		x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		10	1	4	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





4.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910332









## 5. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

### 6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

#### 6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

Funcionarios

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Hizo contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro estado?	Firma del Funcionario
10/07/2020	Boris Mampallo Lopez	Aux. Asistencia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Doson
16/07/20	Claudia R	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Clayton
10/09/20	Sebastian	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Signature]
10/09/20	Sebastian	MD	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Signature]
07/09/20	Sebastian	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10/09/20	Sebastian	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10/09/20	Sebastian	MD	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10/09/20	Andrea Lipa	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10/09/20	Geison Gu	Med.	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10/09/20	Elva Sanchez	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10-09-20	Fania Cecilia	Aux. Admin.	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
10-09-20	Deicy vanegas	Aux. S. General	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
11-09-20	Fania Popo	Aux. S. General	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
11-09-20	Andronillo	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
11/09/20	Monica F	Med	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
11/09/20	Jennifer Marín	T.S	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
11/9/20	Joel Peron	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]
11/9/20	Justo	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**





(Jersalud) FIGMA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintonología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11/09/20	Mtz Nozrau	MD	C-externo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Diana Ibrínez	Aprendiz	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Samuel Ortiz	Medico	C-ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Carlina Ruiz	MD	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Claudia Escobar	MA	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-9-20	Jan Briscoa	Psi.	C-ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Neiveza Pacheco	Nutricionista	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Zolma Delencor	Enfermera	C-externo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Andrea Zipa	Aux. Admin	Admin Ce	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/20	Joel Urán	MD	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Blanca Tol	MD	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Carmen Gomez	Medico	C-ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Francisco Gomez	MD	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) FIGMA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintonología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11/9/20	Rafael Tapaca Lora	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/20	Samuel Ortiz	Aprendiz	C-ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Claudia R	Aux admin	admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-9-20	Jan Briscoa	Psicólogo	C-ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Zolma Delencor	Enfermera	C-externo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Guissari G	Medico	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	John Luis	M.C	C-ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-9-20	Jan Briscoa	Psicólogo	C-ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/20	Jennifer Morales	TS	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Andrea Zipa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/20	John Luis	MD	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/20	Carmen Gomez	Medico	C-ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Francisco Gomez	MD	C-ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	John Luis	Aprendiz	C-ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



(Jersalud) FIGA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11-Sept-20	Sabrina Sobremet	Analista SI	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-Sept-20	Nubia Vaquer	Coordin. Fece	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Diego Flayolac	Aux. Sistemas	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Sam Higuer	Ing. Siga	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Andrés Forero	Analista Fece	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	María Paula Fejos	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Diego Garibó	Jefe Fece	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Rebeca Tobo	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Eduardo Arce	Coordinador TI	Admin	NO	NO	36.2	SI	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Germano Veloz	Gerente	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Andrés Forero	Analista Fece	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Janeth Suarez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	María Paula Fejos	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Diego Garibó	Jefe Fece	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Eduardo Arce	Coordinador TI	Admin	NO	NO	36.0	SI	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) FIGA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
11-09-20	Juliana Arias	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Yuzma Guerrero	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Luís Tabares	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Karla Lorenz	Regist. Fece	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Andrés Peña	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Alidia Salazar	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Sam Pina	Aux. Fece	Farma	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Juliana Arias	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Yuzma Guerrero	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Luís Tabares	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Karla Lorenz	Regist. Fece	Farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Silvia Peña	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Alidia Salazar	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Sam Pina	Aux. Fece	Farma	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Juliana Arias	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Yuzma Guerrero	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Luís Tabares	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333  
 Línea de Atención al Cliente: 018000910333  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES</b>	FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
--	---	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
12/09/20	Alfonso Paredes	Nutricionista	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Alfonso Paredes
12/09/20	Julio 20	Aux enf	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Julio 20
12/09/20	Fredy Paredes	MD	C.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Fredy Paredes
12/09/20	John Paredes	MD	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	John Paredes
12/09/20	Georgina G.	Med.	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Georgina G.
12-9-20	Juan Paredes	psicologo	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Juan Paredes
12/09/20	Fredy Paredes	pediatra	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Fredy Paredes
12-09-20	Andrea Lipa	Aux Admín	Administración	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Andrea Lipa
12-09-20	Boris Maza	Aux Admín	Administración	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Boris Maza
12-09-20	Claudia R.	Aux Admín	Administración	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Claudia R.
12-09-20	Andrés Paredes	pediatra	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Andrés Paredes
14-09-20	Hilario Sotelo	Aux. General	C.EXT	No	No	36.	No	No	No	No	No	No	Hilario Sotelo
14-09-20	LUZ MORA	Medico	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	LUZ MORA
14-9-20	Joel Durán	MD	C.EXT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Joel Durán
14-9-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Diana Ibarra
14/09/20	Jennifer Marcel	+S	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Jennifer Marcel
14/09/20	Cilina Ros	CET	Administración	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Cilina Ros
14/10/20	Sandra Otero	Aux enf	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Sandra Otero

	<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES</b>	FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1
--	---	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebriles o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14/09	John Torres	Medico	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	John Torres
14/09/20	Alfonso Paredes	Nutricionista	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Alfonso Paredes
14-9-20	Juan Paredes	Psicologo	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Juan Paredes
14/09	Claudia Paredes	ME	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Claudia Paredes
14-09	Andrés Paredes	Medico	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Andrés Paredes
14-09/20	Zulma Betancur	Enfermera	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Zulma Betancur
14-09-20	Andrés Paredes	Administración	Administración	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Andrés Paredes
14/09/20	Blanca Paredes	Med	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Blanca Paredes
14/09/20	LUZ MORA	Med.	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	LUZ MORA
14/09/20	Fredy Paredes	Medico	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Fredy Paredes
14/09/20	Fredy Paredes	MD	C.EXT	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Fredy Paredes
14/09/20	John Paredes	MD	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	John Paredes
14/09/20	Georgina G.	Medico	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Georgina G.
14/09/20	María Paredes	M.D	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	María Paredes
14-09-20	Andrés Paredes	Aux. General	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Andrés Paredes
14/09/20	Juan Paredes	Aux enf	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Juan Paredes
14-09-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Diana Ibarra

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar e iconografía (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondofagia	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
12-09-2020	Lina Cecilia Rodríguez	Aux Administrativa	C. Externa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-2020	Deisy Marcelina	Aux Administrativa	Administración	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-2020	Juan Fernando	psicólogo	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-2020	John Luis	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-2020	Juan Carlos	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-2020	Andrés	MD	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-2020	Quispe	Medic	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Diana	Aux. S. general	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Joel Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Jennifer Matute	TS	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Walter Rojas	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	GL Rojas	RT	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Andrea Zepa	Aux. Admin	Admin. Cte	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Alfredo Valencia	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-2020	Sandra Yero	Aux. enfer.	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar e iconografía (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondofagia	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14-09-2020	Ana Peña	Aux farmacia	farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia
14-09-2020	Nidia Salazar	Aux farmacia	farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
14-09-2020	Sun P. Pina	Aux. Farm	Farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sun
14-09-2020	Xavier Lorenz P	Repon	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Xavier
15-09-2020	Juliana Arias	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
15-09-2020	Dyayana Guerrero	Aux Farmacia	ASISTENCIA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dyayana
15-09-2020	La S. S. Tabst	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	La S. S.
15-09-2020	Karen Lorenz P	Repon	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karen
15-09-2020	Ana Peña	Aux farmacia	farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia
15-09-2020	Nidia Salazar	Aux farmacia	farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
15-09-2020	Sun P. Pina	Aux. Farm	Farm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sun
16-09-2020	Juliana Arias	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
16-09-2020	Dyayana Guerrero	Aux Farmacia	ASISTENCIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dyayana
16-09-2020	La S. S. Tabst	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	La S. S.
16-09-2020	Silvia Peña	Aux farmacia	farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Silvia
16-09-2020	Nidia Salazar	Aux farmacia	farmacia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia
16-09-2020	Sun P. Pina	Aux. Farm	Farm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sun

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000910303





Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar serotonología (Marcar con una X los variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
14-09-20	Esther Soberón	Analista SS1	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Dora Maza	Aux Administrativa	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Juan Carlos Torres	Exp. Soporte	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Mario Palafox	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Imeth Basso	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Yolani	Aux Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Andrés Parodi	Analista for	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Elvira Rojas	Coord. Adm. TH	Admin	NO	NO	36.0	SI	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Daniel Suárez	Apoyante	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Esther Soberón	Analista SS1	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Erwin Cepeda	Asst. TH	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Elvira Rojas	Coord. Adm. TH	Admin	NO	NO	36.0	SI	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Juan Torres	Exp. Soporte	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Miraflores Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Dora Maza	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Dora Maza	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Milvia Viquez	Recepcionista	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar serotonología (Marcar con una X los variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
15/09/20	Milvia Viquez	Recepcionista	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Zulma Bedarri	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Andrés Parodi	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Joel Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Yolani	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Renata F	MD	C. Ext	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Carolina G.	Medic	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Roberto	Medic	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Yolani	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	John W	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Milvia Viquez	Recepcionista	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Yolani	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/19/20	Sandra Yajaira	Asistente	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	María Cecilia Rodríguez	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Diana Yurim	Asistente	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 0800019333





Jersalud FIGDA003  
Versión 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	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	Olorofagia	Falga y Adnania			
15/09/20	Doris Moya	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Doris
15-9-20	Juan Carlos	Psicólogo	Gen	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Juan
15/09/20	Johel	MD	C Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Johel
15/09/20	Sandra	MD	C Ext	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Sandra
15/09/20	Roberto	MD	C Ext	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Roberto
15/09/20	Andrés	H.D	C EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Andrés
15/09/20	Andrés Que	Doc. Edu	C EXT	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	Andrés
16/09/20	Jennifer Mestas	T.S	C EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Jennifer
16/09/20	Johel Durán	MD	C Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Johel
16-09-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C Ext	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	Diana
16/09/20	Gilmar Rao	Asp	C EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Gilmar
16/09/20	Fernando	MD	C EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Fernando
16-09-20	Andrea Giza	Asp. Adm.	C Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Andrea
16-9-20	Yolcy Challe	Enfermera	Asp	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Yolcy
16/09/20	Maribel Bence	MD	C Ext	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Maribel
16/09/20	Sandra Torres	Medico	C Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Sandra
16/09/20	Andrés	Administrador	C Ext	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Andrés
16/09/18	Sandra Moya	Asp. Adm.	C Ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Sandra

Jersalud FIGDA003  
Versión 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	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	Olorofagia	Falga y Adnania			
15-09-20	Doris Moya	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Doris
15-09-20	Daniela Susret	Aprendiz	Adm.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
15-09-20	Fernando Lopez	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Fernando
15-09-20	Andrés Parodi	Análisis Gen	Adm.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Andrés
16-09-20	Doris Moya	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Doris
15-09-20	Sandra Estremera	Analista SSI	Adm.	No	No	35.1	No	No	No	No	No	No	Sandra
16-09-20	Juan Figueroa	Eng. Siquie	Adm.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Juan
16-09-20	Andrés Parodi	Análisis Gen	Adm.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Andrés
16-09-20	Yolcy Challe	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Yolcy
16-09-20	Yolcy	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Yolcy
16-09-20	Blanca Vasquez	Coord. Sede	C Ext	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Blanca
16-09-20	Doris Moya	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Doris
16-09-20	Daniela Susret	Aprendiz	Adm.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Daniela
17-09-20	Juan Figueroa	Eng. Siquie	Adm.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Juan
17-09-20	Doris Moya	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Doris
17-09-20	Yolcy Challe	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Yolcy
17-09-20	Maria Fernanda	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Maria
17-09-20	Andrés Parodi	Anal. Fact	Adm.	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Andrés
17-09-20	Yolcy Challe	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Yolcy
17-09-20	Sandra Estremera	Analista SSI	Adm.	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Sandra
17/09/20	Elina Arango	Coord. Adm. TI	Adm.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Elina
17/09/20	Doris Moya	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Doris
17/09/20	Yolcy Challe	Asp. Adm.	Adm.	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Yolcy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
Línea de Consulta: 01800091033

VIGILADO





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA/003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si tiene síntomas (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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
16-09-20	Karla Lorenz	Recepcionista	Farmacia	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	Karla
17-09-20	Johanna Arias	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	Johanna
17-09-20	Yohana Garcia	Aux Farmacia	Asistencia	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Yohana
17-09-20	Luis ratón	Aux Farmacia	Farmacia	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	Luis
17-09-20	Nidia Salazar	Aux Farmacia	Farmacia	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	N	Nidia
17-09-20	Sandra Pina	Aux Farmacia	Farmacia	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	N	Sandra
17-09-20	Karla Lorenz	Recepcionista	Farmacia	N	N	36.9	N	N	N	N	N	N	N	Karla
17-09-20	Silvia Pera	Aux Farmacia	Farmacia	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	Silvia

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA/003 Versión 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si tiene síntomas (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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
16-9-20	Juan Fonseca	psicólogo	Co. Gen	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	Juan
16-09-20	Zolma Belancor B	Enfermera	Ext.terra	N	N	36.	N	N	N	N	N	N	N	Zolma
16-9-20	Joel D	MD	CE	N	N	36,2	N	N	N	N	N	N	N	Joel
16/09/20	Alfonso J	MD	CEX	N	N	36	N	N	N	N	N	N	N	Alfonso
16/09/20	Blanca E	MD	CEX	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Blanca
16/09/20	Isabel Flores	MD	CEX	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	Isabel
16-09-20	Isabel Flores	MD	CEX	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Isabel
16/09/20	Ilse Lucía	Nutriacionista	CEX	N	N	36.	N	N	N	N	N	N	N	Ilse
16-09-20	Alfonso J	MD	CEX	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Alfonso
16-09-20	Juan Fonseca	psicólogo	Co. Gen	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	Juan
16-9-20	Alfonso J	MD	CEX	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Alfonso
16/09/20	Diana Lopez	Aux. S. Químico	C. Ext.	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Diana
16/09/20	Diana Lopez	Aux. S. Químico	C. Ext.	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Diana
16/09/20	Diana Lopez	Aux. S. Químico	C. Ext.	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Diana
16-09-20	Mariane Rodriguez	Aux. Adm.	C. Ext.	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	Mariane
16-9-20	Juan Fonseca	psicólogo	Co. Gen	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	N	Juan
16/9/20	Cesar Gen	Medico	C. Ext.	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	Cesar
16-09-20	Blanca E	MD	CEX	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	N	Blanca
16-09-20	Juan Fonseca	psicólogo	Co. Gen	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	N	Juan

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091030  
**VIGILADO**

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



Formato de Verificación Diario Estado de Salud de los Trabajadores												FICHA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar si tiene síntomas (Marcar con una X las variables que apliquen)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adinamia				
08/20	Anderson (Coca)	Químico	C.EXT	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09/20	Diana Beltrami	Enfermera	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09/20	Andrea Zipa	Aux. Adm.	Adm. C.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
19/20	Robt Flores	Medico	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
08/20	Diana Maria Boya	Aux. S. general	C. externa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
4-20	Clavdia Rodriguez	Aux. adm.	C. externa	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
08/20	Sue Flores	Aux. adm.	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
7-09-20	Nubia Vazquez	Coord. Sede	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09/20	Maria Rodriguez	Aux. Adm.	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09/20	Monica Est	MD	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
19-20	Jennifer Matos	TS	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
9-20	Joel Duran	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09/20	Andrea Zipa	Aux. Adm.	Adm. C.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
09/20	Celz Mojica	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
19/20	Colin Go	MD	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
9-20	Yolay Oballe	Coje	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
10/9	Jamila Torres	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)

Formato de Verificación Diario Estado de Salud de los Trabajadores												FICHA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar si tiene síntomas (Marcar con una X las variables que apliquen)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Fatiga y Adinamia				
17-09-2020	Alfonso Urbina	TS	C.EXT	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	(S)	
17-9-20	Jan Farias	Psicologo	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Clavdia Benitez	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Diana Ibanez	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	John San	MD	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Monica Est	MD	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Jan Cejudo	MD	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Alfonso Urbina	TS	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Edy Flores	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)
17-09-20	Vanessa Torres	Neumólogo	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	(S)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800019333  
 Linea Correo Electrónico: 01800019333

**VIGILADO**





6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Ejemplar 2

**Entrada**

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del Funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o anticancerígenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinaje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11/09/20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11/09/20	Diana Acero	Enfermera	ASIST	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11/09/20	Diana Cortado	Aux. Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-9-20	Lina Alejandra	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-9-20	Yvian Brito	Req. Fac	ASIST	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Hidaly Triana	Aux. Adminis	Adminis.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Clara Arends	coordinadora	Asist. Tec	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Marcial Velho	Aux. Adm	ASISTE	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Diego Cortes	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Juan Zebalá	Req. Fac	ASIST	NO	NO	3-60	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Ejemplar 2

**Sq/My**

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar si sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del Funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o anticancerígenos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinaje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11-9-20	Lina Alejandra	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Gloria Arends	coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Alejandra Pinzon	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Marcial Velho	Aux. Adm	Asistente	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
11-09-20	Juan Zebalá	Req. Fac	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FICHA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
												Entrada	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
12-09-20	Omar Ibañez	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
12-09-20	Glória Isabel Acevedo	Coordinadora	Asist	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Leopoldo Aguilar	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Sonia Pina	Aux. famer	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Hayal Velez	Aux famer	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Yessica Buitrago	Docente	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Glória Acevedo	Coordinadora	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Yessica Buitrago	AUX ADM	ADM	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Sonia Pina	Aux. famer	Asist	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
12-09-20	Javier Zabala	Reg Fer	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FICHA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
												Entrada	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondinagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
14/09/20	Diana Arce	Enfermera	Asist	SI	NO	35.4	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]	
14/09/20	Diana Acevedo	AUX ADM	ADM	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14/09/20	Sofía Chaparro	Aux. Adm	Asist	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-9-20	Liliana Acevedo	AUX ADM	ADM	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-9-20	Glória Acevedo	Coordinadora	Asist	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Hedily Triana	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Javier Zabala	Reg Fer	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-9-20	Omar Ibañez	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
14-09-20	Yessica Buitrago	42	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Sonia Pina	Aux. famer	Asist	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Hayal Velez	Aux. famer	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Yessica Buitrago	Docente	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
14-09-20	Hayal Velez	Aux famer	Asist	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800010303  
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURA 03 Versión 2 may-20 1 DE 1			
												salida			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?				
14-09-20	Somampina	Aux. Técnico	Asiste	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Olivia Beltrán	Metre	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Lina Arango	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Gloria Aveland	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Hedely Triana	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Meryel Willo	Aux. Farm	Asiste	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Hydra Buit	Aux. Fca	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Diana Arango	Enfermera	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Diana Cecilia	Asistente	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Sofia Chaparro	Aux. ADM	ADM	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Lidia Zabalza	Reg. Fca	Asis	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGURA 03 Versión 2 may-20 1 DE 1			
												ENTRADA			
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)										Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondifragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?				
15-09-20	Hedely Triana	Aux. Admin	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Gloria Aveland	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Lina Arango	AUX. Adm	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Alexandra Pinzón	Aux. Adm	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Olivia Beltrán	Metre	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Diana Arango	Enfermera	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Diana Cecilia	Aux. ADM	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Somampina	Aux. Farmacia	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Meryel Willo	Aux. Farm	Asiste	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Hydra Buit	Aux. Fca	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Lidia Zabalza	Reg. Fca	Asist	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190303  
**VIGILADO**





(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** SALIDA Versión 2  
may 20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
15-09-20	Hidaly Triana	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
15/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
15/09/20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
15/09/20	Diana Arango	Enfermera	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A
15/09/20	Lina Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Ornella Cereno	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
15-09-20	Jonio Pro.	Aux farmo	Asist	NO	NO	36.29	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
15-09-20	Maya Valle	Aux farmo	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
15-09-20	Hyacinth Bast	Aux farmo	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
15-09-20	Jicia Zabala	Reg Fca	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** **ENTRADA** F(GD)003  
Versión 2  
may 20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?		
16-09-20	Lina Arango	Aux Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
16/09/20	Diana Arango	Enfermera	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana A
16/09/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16/09/20	Alexandra Pinzon	Aux. Adm	adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-20	Hidaly Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16/09/20	Ornella Cereno	Aux-ADM	ADM	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
16/09/20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16/09/20	Ornella Cereno	Aux Adm	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16-09-20	Gloria Acandio	coordinador	Asist	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16-09-20	Jonio pro	Aux farmo	ASIST	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16-09-20	Maya Valle	Aux farmo	Asist	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16-09-20	Hyacinth Bast	Aux farmo	Asist	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho
16-09-20	Jicia Zabala	Reg Fca	Asist	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hecho

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Paciente: 018000910302  
**VIGILADO**





Salud

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus 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	Ondeflega	Fatiga y Adinamia			
16-09-20	SOFIA Chaparro	APOY. Adm	Adren	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Alejandra Pinzon	APOY. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Hidalys Triana	APOY. Adm	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Alisa Avendaño	coordinadora	Asisto	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Sonia Pira	Aux. farmu	Asist.	NO	NO	36.20	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Mara Velho	Aux. farmu	Asisto	NO	NO	38.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Hefrican B.	Aux. farmu	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Fabi Zalscala	Ray. Far	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Orlando Acosta	farmacia	ASIS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Horacio Guadalupe	farmacia	adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso**

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus 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	Ondeflega	Fatiga y Adinamia			
11-09-20	Alex Romero	Aux. Adm	farmacia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	MILENA QUINTERO	farmacia	ASISTENCIAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Daisy Carolina Delgado	coordinadora	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Deyra Dora	Aux. Farmacia	farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Deby Vargas	aux. enfermera	ambulatorio	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Cara Conzatti	MD	CEYT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Okendiane	MD	CEYT	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Sergio Cely	Regente	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Luis ROTH G.	Aux. farmacia	farmacia	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Sandra Makari	Aux. Adm	farmacia	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Carolina Bocca	Aux. farmu	farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Substhan haza	MD	CEYT	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-09-20	Eliud Diago	Medico	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
12-09	Ana Romero	Aux Adm	Intefext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09	Luis Poth Galán	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	MILICA BUSTOZA	GERENTE	ASISTEN	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-9-20	Deyanira Diaz	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	COLOMBIANOS	Aux Farm	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-9-20	Elvira De la Cruz	Medico	CEXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
12-09-20	Colombianos	medico	CEXT	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofaja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
14-09-20	Sandra Malave	Aux Admin	Luz Fronte	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	MILICA BUSTOZA	GERENTE	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Deyanira Diaz	Aux Farm	Farmacia	NO	NO	38.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Colombianos	medico	CEXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Colombianos	medico	CEXT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Colombianos	medico	CEXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Sergio Ceply	Regente	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Geidy Vargas	aux enfermer	admisión	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Ana Romero	Aux Adm	Intef F	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Carmin Ciceros	Aux Far	Farmacia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Luis Poth Galán	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Colombianos	medico	CEXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-9-20	Elvira De la Cruz	Medico	CEXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333  
 Línea de Consulta Normativa: 01800019333  
**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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo consumo	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	Ondinaga	Fatiga y Adinamia			
15-09	Ana Romero	Aux. Activo	Linea Frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
15-09	Luis Ruth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
15-09	Constanza B	Aux. Adm.	SEU	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Con
15-09	Deisy Vargas	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	De
15/09/2020	MILVA QUINTO	ENFERMERA	ASISTENCIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milva
15/09/20	Caro Camilo	C EXT	MD	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Caro
15/09/20	Bonnie Lacera	Aux. Far	Farmacia	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Bonnie
15-09-20	Deisy Vargas	Aux. enfermeria	asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
15-09-20	Galina Beltrame	COORD.	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Galina
15-09	Sergio Galy	Regente	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
15-09	Caro Camilo	MD	C EXT	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Caro
15-09	Sandra Malave	Aux. Activo	Linea Frente	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
15-09-20	Sebastian Rivera	Medico	C EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
15-9-20	Elisa Deagu	Medico	C EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Elisa

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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo consumo	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	Ondinaga	Fatiga y Adinamia			
16-09-20	Sandra Malave	Aux. Activo	Linea Frente	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
16-9-20	Constanza B	Aux. Adm.	SEU	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Con
16/09/2020	MILVA QUINTO	ENFERMERA	ASISTENCIA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milva
16-09-20	Galina Beltrame	COORD.	Admón	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Galina
16-9-20	Dapina De	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dapina
16-09-20	Deisy Vargas	Aux. enfermeria	asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
16-09-20	Sergio Galy	Regente	Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
16-9-20	Caro Camilo	MD	C EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Caro
16-09	Caro Camilo	MD	C EXT	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Caro
16-09	Ana Romero	Aux. Activo	Linea Frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
16-09	Luis Ruth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
16-09-20	Sebastian Rivera	Medico	C EXT	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
16-9-20	Elisa Deagu	Medico	C EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Elisa





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevos coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
17-09	Ana Rosales	Asesora	Func Front	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
17-9	Amoroso B	Asesor	Siem	NO		36.1	NO	NO	NO	NO	NO	amb
17-09	Luis Fernando	Aux Comercio	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Luis
17-09	MILYDIA QUIROGA	CONTABILIDAD	ASISTENCIA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	MILYDIA
17-9-20	Deisy Vargas	Asesora Financiera	Dep	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
17-9-20	Osvaldo RIVERA	Asesor	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Osvaldo
17-9-20	Esmeralda	MO	CSO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Esmeralda
17-09-20	Deisy Vargas	Asesora Financiera	Dep	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
17-09-20	Celestina	MO	CSO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Celestina
17-09-20	Sergio	Asesor	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
17-09-20	Sandra Malaver	Aux Administrativo	Func Front	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
17-09-20	Carmin Cacero	Aux Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Carmin
17-09-20	Esteban	Medico	Cent	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Esteban

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
2/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
3/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
4/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
5/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
7/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
8/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
9/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
10/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
11/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
12/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
14/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
15/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
16/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
17/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	Poca tos	NO	NO	NO	NO	Melissa
18/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1°C	Poca tos	NO	NO	NO	NO	Melissa
19/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO							Melissa
21/09/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO							Melissa

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003	
												Versión: 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
1/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
2/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
3/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
4/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
5/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
7/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
8/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
9/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
10/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
11/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
12/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
14/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
15/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
16/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
17/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
18/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samira
19/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										
21/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										
22/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										
23/09/2020	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	FARMACIA										

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003	
												Versión: 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
1/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
2/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
3/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
4/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
5/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
7/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
8/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
9/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
10/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
11/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
12/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										
14/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
15/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
16/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
17/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ingrith
18/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										
19/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										
21/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										
22/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										
23/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										
24/09/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX FARMACIA	FARMACIA										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000190303  
**VIGILADO**





Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGA003  
 Versión: 2  
 may-20  
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario o	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
8/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
9/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería										[Firma]
14/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería										[Firma]
15/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	SI	NO	34.5C	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	35.4C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	36.4C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería										[Firma]
19/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería										[Firma]
21/09/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería										[Firma]

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

FIGA003  
 Versión: 2  
 may-20  
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario o	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
2/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
3/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
4/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
5/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
7/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
8/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
9/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
10/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
11/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
12/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										Shirley
14/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
15/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
16/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
17/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
18/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										Shirley
19/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										[Firma]
21/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										[Firma]
22/09/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										[Firma]

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea Correo Electrónico: 01800010303





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA0003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO		SI	NO					
2/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
3/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
4/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
5/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
7/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
8/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
9/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
10/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
11/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
12/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
14/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
15/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
16/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
17/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
18/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA			NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ju 3
19/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA												
21/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA												
22/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA												
23/09/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA												

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGA0003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
19/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
21/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
22/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
23/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
24/09/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Coramisa Nacional: 01800019033



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
2/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
3/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
4/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
5/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
7/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
8/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
9/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
10/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
11/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
12/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
14/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
15/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
16/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
17/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
18/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										
19/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										
21/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										
22/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										
23/09/2020	JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO										

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorio	Ha tenido contacto estrecho con caso	Fibre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
1/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Yll
2/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Yll
3/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
4/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
5/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
7/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
8/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
9/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
10/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
11/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
12/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
14/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
15/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
16/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
17/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yll
18/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
19/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
21/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										
22/09/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL										

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Coram Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											Version: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia			
11-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.3°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17-09-2020	Mary Camelo	Aux Administr	Linea de BF	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
11-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
14-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
14-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
15-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
15-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
16-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAAN03 Version: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia			
16-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
17-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
17-09-20	Jeddy Castillo	Regente Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	JeddyC
11-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
14-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
15-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
16-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
17-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
11-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
14-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
15-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
16-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
17-09-20	Diana G	C.E Enferm.	Enferm.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DianaG
11-9-20	Fanny Carab	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	FannyC
11-9-20	Fanny Carab	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	FannyC
14-9-20	Fanny Carab	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	FannyC
14-9-20	Fanny Carab	Aux Enfermera		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	FannyC





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
15-9-20	Fanny Garces	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-9-20	Fanny Garces	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-9-20	Fanny Garces	Aux Enfermera		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-9-20	Fanny Garces	Aux Enfermera		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-9-20	Fanny Garces	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-9-20	Fanny Garces	Aux Enfermera		NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Guateque**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)												
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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
14-sept	Yanibe Velazquez	aux Farm	Farm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-sept	Yanibe Velazquez	aux Farma	Farm.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-sept	Yanibe Velazquez	aux Farm	Farm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-sept	Yanibe Velazquez	aux Farma	Farm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-sept	Yanibe Velazquez	aux Farmacia	Farm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-sept	Yanibe Velazquez	aux Farmacia	Farm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-sept	Yanibe Velazquez	aux Farmacia	Farm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-sept	Yanibe Velazquez	aux Farmacia	Farm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAMA003	
											Versión: 2	
											may.20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
11/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
17/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
17/09/20	Yuly Muñoz R.	Aux. Administrativa	Línea frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAMA003	
											Versión: 2	
											may.20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
11/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 4a	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 4a ST	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 2a	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 5a	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	34.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Melina Pupo Leon	Medico General	Consultorio 6a	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910302  
 Línea de Control Normativo: 018000910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	356	No	No	No	No	No	No	Daniela
11/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	350	No	No	No	No	No	No	Daniela
14/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	360	No	No	No	No	No	No	Daniela
14/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	350	No	No	No	No	No	No	Daniela
15/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	355	No	No	No	No	No	No	Daniela
15/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	360	No	No	No	No	No	No	Daniela
16/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	365	No	No	No	No	No	No	Daniela
16/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	369	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	354	No	No	No	No	No	No	Daniela
17/09/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	No	No	365	No	No	No	No	No	No	Daniela

6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
11/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alix
11/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alix
11/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel S.
11/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel S.
11/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
11/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
11/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
11/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
11/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder A.
11/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder A.
11/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jaime
11/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jaime
11/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Janeth
11/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Janeth
11/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
11/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
14/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alix
14/09/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alix
14/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel S.
14/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE. LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel S.
14/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
14/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
14/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
14/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
14/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder
14/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder
14/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jaime
14/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jaime
14/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Janeth
14/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Janeth
14/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
14/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 018000190303  
Línea de Atención al Paciente: 018000190302







FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GAA)003  
Version: 2  
may-20

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinofagia	Fatiga y Adinamia		¿Trabaja en otra entidad?		
15/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GAA)003  
Version: 2  
may-20

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinofagia	Fatiga y Adinamia		¿Trabaja en otra entidad?		
17/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	AUX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	37.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JAIME ORLANDO MEDINA	ODONTOLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	JANETH ESTUPIÑAN	AUX ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/2020	CARMEN YANETH ARAQUE	SERVICIOS GENERALES	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 018000190303  
Línea Correo Nacional: 018000190303

VIGILADO



6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-17	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-17	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-17	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-17	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-17	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-17	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO		

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplica)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
2020-09-16	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-16	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-16	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-16	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-16	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-16	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910302  
 Línea de Atención al Paciente: 018000910303  
**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			
2020-09-15	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-15	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-15	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-15	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-15	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUISSINES	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-15	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-15	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO		

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			
2020-09-14	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-14	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-14	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-14	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-14	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUISSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-14	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO		
2020-09-14	LUZ MENDY ORTEGA MENJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO		

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Linea de Consulta Nacional: 018000910302





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar al biométrico (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				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	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
2020-09-11	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-11	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-11	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-11	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-11	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-11	SANDRA MILENA PINZON SOLANO	ODONTOLOGA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-09-11	LUZ MENDY ORTEGA MENAJURA	REGENTE DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

## 5.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

### 5.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar al biométrico (Marcar con una X las variables que apliquen)									
				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	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
17-09-20	Carolina Bumbosa	aux farmacia	ASISTENCIA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Windy Gastan	AUX enfermeria	ASISTENCIA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	MARICA PEDRAZA	Ginecologa	ASISTENCIA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargos	Área de Competencia	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o anestésicos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado que refiriera por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del Funcionario
17/09/20	Luz Ramirez	Ambiente físico	Asista	ASISTEN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Jose Romero	Psicólogo	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Diego Boscaneira	Aux admín	Admin	ADMIN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Adriana Rey	Trabajadora Soc	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Xiomara Oleja	Aux farmacia	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Karina Gonzalez	Gerenciera	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Joddy Torres	enfermera Prof	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Rany Gutierrez	Aux enfermera	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Ruth Baguera	Jef enfermeria	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Marcela Ariza	Aux enfermeria	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Liliana Chavez	Bacteriologa	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Laura Pinto	Permitente SENA	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Soledad Linares	coordinadora	Admin	ADMIN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Sebastian Fallo	Aux admín	Admin	ADMIN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Wilder Novoa	Reg Farmacia	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Leidy Velozquez	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	SI	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17-09-20	Yvan Puentes	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17-09-20	Yamilé Sanguel	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17-09-20	Blass Barreto	Pediatra	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17-09-20	Camila Gomez	odontologa	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Johana Urrego	ambiente físico	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Patricia Comara	ambiente físico	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Rubly Ruiz	Aux enfermer	Asistencial	ASISTEN	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		Cargos	Área de Competencia	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o anestésicos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado que refiriera por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del Funcionario
16-09-20	Johana Urrego	Ambiente físico	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Patricia Carrizo	Ambiente físico	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Omar Avila	Medico psiquiatra	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16-09-20	Flor Alba Castro	Odontologa	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Antony Gutierrez	Guarda	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Katherine Chigak	Aux admín	Admin	ADMIN	NO	NO	36.5	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Carriel Davilona	Aux farmacia	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Vanessa Parada	Aux farmacia	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Angie Machado	Aux farmacia	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Erika Hernandez	Aux farmacia	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Daniela Carro	Aux admín	Admin	ADMIN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Merly Romero	Aux laboratorio	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Yuli Beltran	Aux admín	Admin	ADMIN	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Aura Rosa	Aux admín	Admin	ADMIN	NO	NO	37.2	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Maria Novoa	Aux enfermera	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	July Rojas	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	SI	SI	[Firma]
17/09/20	Karina Arango	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Darwin Gomez	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/09/20	Johana Cardoba	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Cesar Suarez	medico general	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Flor Castro	odontologa	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/09/20	Marcela Morales	Aux odontologa	Asistencial	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190303  
 Línea de Atención al Cliente: 018000190303  
**VIGILADO**





(Jersalud)		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FORMA 001 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre	Categoría	Asistencia	Esta conformidad es satisfactoria o insatisfactoria	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonótico	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en caso crítico?	Firma del Inocuario		
26-09-20	María Camila Ramirez	Odentóloga	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Guilherme		
26-09-20	Xiomara Olavea	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jul		
26-09-20	Erica Hernandez	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	ERIKa.		
26-09-20	Jeddy Torres	Jeefe enfermera	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Jeddy Torres		
26-09-20	Futh Mary Baquezo	Jeefe enfermera	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Rubette		
26-09-20	Jenny Gutierrez	Aux Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez		
26-09-20	Sandra Reg	Nutricionista	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Reg		
26-09-20	Liliana Chacon	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon		
26-09-20	Merly Romero	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Merly Romero		
26-09-20	Alexandra Parra	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Parra		
26-09-20	Miguel Angel Pura	Sup. Soporte	Admon	SI	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Angel Pura		
26-09-20	Diana Linares Duarte	Regente	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Linares Duarte		
26-09-20	Laura Pinto	Aplicador SSI	Admon	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Pinto		
26-09-20	Greigia Tellez	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Greigia Tellez		
26-09-20	Sebastian Falla	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falla		
26-09-20	Duvan Villegas	Artista facturas	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan Villegas		
26-09-20	Karen Melo Gonzalez	Coord. Admon	Admon	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo Gonzalez		
26-09-20	Aura Lombardi	Analista SST	Admon	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Lombardi		
26-09-20	Olea Soledad Linares	Coord. Asistencia	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Olea Soledad Linares		
26-09-20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Ruby Ruiz		
26-09-20	Leidy Velazquez	Medico General	Asistencia	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	SI	Leidy Velazquez		
26-09-20	Juan Puentes	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Puentes		
26-09-20	Jamile Sabagot	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Jamile Sabagot		

(Jersalud)		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FORMA 001 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre	Categoría	Asistencia	Esta conformidad es satisfactoria o insatisfactoria	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonótico	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorragia	Falga y Adrenia	¿Trabaja en caso crítico?	Firma del Inocuario		
26-09-20	Wilson Gutierrez	Guarda de Seguridad	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Wilson Gutierrez		
26-09-20	Vanessa Parada	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa Parada		
26-09-20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Barbosa		
26-09-20	Angie Machado	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Machado		
26-09-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel Babilonia		
26-09-20	Wilder Nolas	Regente	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder Nolas		
26-09-20	Angie Carrizo	Aux. SIAU	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Carrizo		
26-09-20	Windy Gaitan	Aux Enfermería	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Gaitan		
26-09-20	Katherine Chingate	Aux. Laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	SI	SI	NO	Katherine Chingate		
26-09-20	Aura Milena Paez	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Milena Paez		
26-09-20	Wily Beltran	Aux Admon	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Wily Beltran		
26-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Romero		
26-09-20	Maria Navarro	Aux Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Navarro		
26-09-20	Loz Dury Ramirez	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Loz Dury Ramirez		
26-09-20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Darwin Gomez		
26-09-20	Jovana Cordoba	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jovana Cordoba		
26-09-20	July Rojas	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	SI	July Rojas		
26-09-20	Guina Torres Arango	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Guina Torres Arango		
26-09-20	Diego Bocanegra	Aux. Admon	Admon	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Bocanegra		
26-09-20	Adriana Lorenza Ruiz	Trabajadora Social	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Adriana Lorenza Ruiz		
26-09-20	Cesar Guerrero	Medico familiar	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero		
26-09-20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Sanchez		
26-09-20	Marcela Morales	Aux Odontologa	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
VIGILADO







Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-tuberculosos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofoja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra ciudad?	Firma del funcionario
14-09-20	Janina Godoy	Medico	Asisten	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no	Jef.
14-09-20	Karina Arango	Medico	Asisten	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	no	Fanny Ques
14-09-20	Blas Paveto	Pediatra	Asisten	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	no	Bl.
14-09-20	Kelly Sanchez	Higienista	Asisten	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	no	Jessy Maldonado
14-09-20	Marcia Morales	X. Odontol	Asisten	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no	Norma Morales
14-09-20	Camila Gomez	Odontologa	Asisten	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	no	Camila Gomez
14-09-20	Julia Hernandez	Aux. farmacia	Asisten	no	no	37	no	no	no	no	no	no	no	Erika.
14-09-20	Yanira Lopez	Aux. farmacia	Asisten	no	no	36.9	no	no	no	no	no	no	no	Yanira
14-09-20	Jose Romero	Psicologo	Asisten	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Jose
14-09-20	Adriana Rey	T. Social	Asisten	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	no	Adriana
14-09-20	Griselda Teller	Aux. enfermeria	Asisten	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	no	Griselda
14-09-20	Diego Duran	Gerente	Admin	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no	Diego
14-09-20	Hugo Ferraz	Ingeniero	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	no	Hugo
14-09-20	Sofia Linares	Jefe enfermeria	Admin	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	no	Sofia
14-09-20	Carola Fierro	Aspirante	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Carola
14-09-20	Roberto Salazar	Aux. Admin	Admin	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	no	Roberto
14-09-20	Diana Villegas	Analista	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	no	Diana
14-09-20	Karen Melo	Jefe Admin	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Karen
14-09-20	Isabella Canon	Asistente Admin	Admin	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Isabella
14-09-20	Ryan Puentes	Medico	Asisten	no	no	36.5	no	no	no	no	no	no	no	Ryan
14-09-20	Lady Urbina	Medico	Asisten	no	no	37	no	no	no	no	no	no	no	Lady
14-09-20	Yumie Salazar	Medico	Asisten	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	no	Yumie
14-09-20	Florinda Castro	Odontologa	Asisten	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Florinda

Fecha		Nombre y Apellidos del Trabajador		Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-tuberculosos o antiparasitarios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofoja	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra ciudad?	Firma del funcionario
12-09-20	Erika Hernandez	Aux. Farmacia	Asistencia	no	no	36.8	no	no	SI	no	no	no	no	Erika.
12-09-20	Xiomara Olaya	Aux. Farmacia	Asistencia	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Xiomara
12-09-20	Vanessa Parada	Aux. Farmacia	Asistencia	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no	Vanessa
12-09-20	Jose Adolfo Romero	Psicologo	Asistencia	no	no	36.8	no	no	no	no	no	no	no	Jose
12-09-20	Carola Teller	Aux. Enfermeria	Asistencia	no	no	36.9	no	no	no	no	no	no	no	Carola
12-09-20	Liliana Charon	Bacteriologa	Asistencia	no	no	36.0	SI	no	no	no	no	no	no	Liliana
12-09-20	Katrine Chingate	Aux. Laboratorio	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	no	Katrine
12-09-20	Marily Romero	Aux. Laboratorio	Asistencia	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	no	Marily
12-09-20	Alexandra Parra	Aux. Laboratorio	Asistencia	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	no	Alexandra
12-09-20	Aura Lombro	Analista ST	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	no	Aura
14-09-20	Yanni Gutierrez	Aux. farmacia	Asisten	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	no	Yanni
14-09-20	Fetha Baquero	Jefe enfermeria	Asisten	no	no	36.6	no	no	no	no	no	no	no	Fetha
14-09-20	Windy Galan	Aux. enfermeria	Asisten	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	no	Windy
14-09-20	Carolina Babilonia	Aux. farmacia	Asisten	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	no	Carolina
14-09-20	Vanessa Parada	Aux. farmacia	Asisten	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	no	Vanessa
14-09-20	Angie Arriola	Aux. farmacia	Asisten	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	no	Angie
14-09-20	Wilder Noya	Aux. farmacia	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	no	Wilder
14-09-20	Daniela Carrero	Aux. SIAU	Admin	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	no	Daniela
14-09-20	Fania Noya	Aux. enfermeria	Asisten	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	no	Fania
14-09-20	Clara Piza	Aux. Admin	Admin	no	no	36.8	no	no	no	no	no	no	no	Clara
14-09-20	Yoli Beltran	Aux. Admin	Admin	no	no	37.1	no	no	no	no	no	no	no	Yoli
14-09-20	Diego Ramirez	Aux. Admin	Admin	no	no	36.9	no	no	no	no	no	no	no	Diego
14-09-20	Román León	Medico	Asistencia	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	no	Román





Jersalud FIGD003  
Versión: 2  
Rev: 20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplica)									Firma del Inspector
				Está cumpliendo con el uso de mascarillas o protección ocular	No tiene contacto estrecho con caso confirmado por nuevo diagnóstico	Temperatura mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en otra ciudad?		
11-09-20	Sebastian Fabrik	Aux Admón	Admón	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Kerren Melo	Admón y TI	Admón	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Windy Gaitan	Aux enfermería	Asistencia	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
11-09-20	Ivan Puente	Medico general	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
11-09-20	Leidy Velozquez	Medico general	Asistencia	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
11-09-20	Yamile Saboya	Medico general	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
11-09-20	Flore Castro	odontologa	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Castro
11-09-20	Patricia Comargo	Ambiente Fisico	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Luz Ramirez	Mantenimiento Fisico	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Antony Gutierrez	Guardia de seguridad	Asistencia	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Ruby Ruiz	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	SI	NO	NO	NO	
12-09-20	Patty Tulibala	Aux Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	SI	NO	NO	NO	
12-09-20	Pura Milena Koa	Aux Farmacia	Admón	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Diego Escobar	Aux Admón	Admón	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Carina Ferrera Arango	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Juan Camilo Puentes	Medico General	Asistencia	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Jovanna Cordoba	Medico General	Asistencia	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Patricia Uribe	Ambiente Fisico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana U-P
12-09-20	Patricia Carrero	Ambiente Fisico	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12-09-20	Flore Alba Castro	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Alba Castro
12-09-20	Marcia Morales	Aux odontologa	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marcia M.

Jersalud FIGD003  
Versión: 2  
Rev: 20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Competencia	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplica)									Firma del Inspector
				Está cumpliendo con el uso de mascarillas o protección ocular	No tiene contacto estrecho con caso confirmado por nuevo diagnóstico	Temperatura mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	Trabaja en otra ciudad?		
11-09-20	Darwin Gomez	Medico	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Julia Rojas	Medico	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Jovanna Cordoba	Medico	Asistencia	NO	(NO)	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Arango Gama	Medico	Asistencia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Claribel Puentes	Aux Odontol	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Henderson Zúiga	Odontologo	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Nelly Sanchez	Higiene Oral	Asistencia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Gomara Gomez	Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Xiomara Obay	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Fátima Hernandez	Aux Farmacia	Asistencia	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Josely Torres	Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Felicitas Rey	Trabajador	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Jenny Gutierrez	Aux de Enf	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Ruth Baquero	Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Salvador Jimenez	Coord Sede	Admón	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Diana Duarte	Gerente	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Dora Villegas	Anal Factur	Admón	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Ileana Santana	AP. Sena	Admón	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Yolanda Bonilla	Asistente TI	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Liliana Chagn	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36.0	SI	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Katherine Cugate	Aux Admón	Admón	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Harly Powers	Aux Alabista	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11-09-20	Alexandra Roca	Aux laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Central: 011 26000000  
Línea Correo: 011 26000000

VIGILADO





(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

EJEMPLAR  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar enfermedades (Marcar con una X las variables que aplican)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adansia	¿Trabaja en otro estable?		
10-09-20	Janancy Cordoba	Medico	Asistenc.	no	no	36.	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Yanina Arango	Medico	Asistenc	no	no	36.8	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Cesar Guerrero	Medico	Asistenc	no	no	36.8	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Angelo Parra	Aux odontol	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Leidy Ojeda	odontol	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Wilber Nolasco	Coordinador	Asistenc	no	no	36.	no	no	si	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Carolina Barbo	Aux farmacia	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Angie Machado	Aux farmacia	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Paola Tolibila	Aux farmacia	Asistenc	no	no	36.2	si	no	si	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Jhona Omega	Am. físico		no	no	36.	no	no	no	no	no	no	[Firma]
10-09-20	Jessica Carron	Asistenc	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Anthony Gutierrez	Colador	Admón	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	France Navarro	Aux de farm	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Claudia Parada	Aux de farm	Asistenc	no	no	35.9	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Ruby Ruiz	Aux de farm	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Angie Pacheco	Aux de farm	Asistenc	no	no	35.3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Wilder Nolasco	Reg de farm	Asistenc	no	no	36.4	no	no	si	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Yuliy Beltran	Aux Admón	Admón	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Ayela Roa	Aux Admón	Admón	no	no	36.9	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Paola Tolibila	Aux Admón	Admón	no	no	36.2	si	no	si	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Diego Boranegui	Aux Admón	Admón	no	no	36.4	no	no	no	no	no	no	[Firma]
11-09-20	Jose Romero	Psicólogo	Asistenc	no	no	36.7	no	no	no	no	no	no	[Firma]

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

EJEMPLAR  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar enfermedades (Marcar con una X las variables que aplican)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus zoonosis	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Cefaleja	Fatiga y Adansia	¿Trabaja en otro estable?		
2020-09-14	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	no	no	36,6	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-14	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	37	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-14	JORGE ENRIQUE CLAWO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	si	35	si	no	no	si	si	si	[Firma]
2020-09-14	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	no	no	36,2	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-14	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	no	no	35,5	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-14	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	37	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-15	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	no	no	35,9	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-15	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	no	no	36,5	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-15	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	36,5	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-15	JORGE ENRIQUE CLAWO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	si	36,3	si	no	no	si	si	si	[Firma]
2020-09-15	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ADMINISTRATIVA	no	no	35,9	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-15	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	no	no	35,1	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-15	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	36,2	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-16	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	no	no	36,2	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-16	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	no	no	35,5	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-16	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	36,7	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-16	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	no	no	36	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-16	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	no	no	35,1	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-16	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	36	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-17	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	ASISTENCIAL	no	no	37,3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-17	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	no	no	36,7	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-17	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	36,6	no	no	no	no	no	si	[Firma]
2020-09-17	NAIRA GUERRA VARGAS	ENFERMERA	ASISTENCIAL	no	no	37,2	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-17	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	no	no	35,3	no	no	no	no	no	no	[Firma]
2020-09-17	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	no	no	36	no	no	no	no	no	si	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Corredor Nacional: 018000910303  
VIGILADO







FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
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	Odiología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
11-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
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	Odiología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
20-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-08-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-09-20	Liliana Rojas	A. Grf	Unico frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-09-20	Liliana Rojas	A. Enfer.	Unico frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-09-20	Liliana Rojas	A. Enfer.	Unico frente	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-09-20	Liliana Rojas	A. Enfer.	Unico frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-09-20	Liliana Rojas	A. Enfer.	Unico frente	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-09-20	Liliana Rojas	A. Enfer.	Unico frente	NO	NO	36.00	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Calle Conde de Lemos 100, Oficina 1001  
 Teléfono: 011 222 2222  
 Correo: info@ins.gob.pe  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimotomotores o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabajo en otra empresa?	Firma del trabajador
16-09-20	Jr. Machad	Medico	Cons 1	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-09-20	Jr. Machad	Medico	Cons 1	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimotomotores o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabajo en otra empresa?	Firma del trabajador
25-08-20	Gloria Bandy	Año	General	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
26-08-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
27-08-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
28-08-20	Gloria Bermudez	Fisico	Generales	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
29-08-20	Gloria Bermudez	Fisico	Generales	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
31-08-20	Gloria Bermudez	Fisico	Generales	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
01-09-20	Gloria Bermudez	Fisico	Generales	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
02-09-20	Gloria Bermudez	Fisico	Generales	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
03-09-20	Gloria Bermudez	Fisico	Generales	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
04-09-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
7-09-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
08-09-20	Gloria Bermudez	Fisico	General	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
9-09-20	Gloria Bermudez	Fisico	General	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
10-09-20	Gloria Bermudez	Fisico	General	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bermudez
11-09-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
12-09-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy
14-09-20	Gloria Bandy	Fisico	General	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Bandy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva de Vigilancia y Control Epidemiológico  
 Unidad de Control y Vigilancia Epidemiológica  
 Vigilado



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos orales, tópicos o inyectables?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado de enfermedad por virus zoonosómico?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Fiebre	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en área crítica?	Fecha del Siguiente
05-09-20	Gloria Rosal A. Torres	Asistente	Sección	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	06-09-20
16-09-20	Gloria Rosal A. Torres	Asistente	Sección	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	17-09-20

**5.2.4 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 orales, tópicos o inyectables?	¿Ha tenido contacto reciente con caso confirmado de enfermedad por virus zoonosómico?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro de Fiebre	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en área crítica?	Fecha del Siguiente
2020-09-11	LUZ MARINA FERRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-11	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	SI	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-11	JOSÉ ROBERTO MEZA	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-11	MARLY LUZETH GARCÍA CALDERÓN	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-11	EDDINE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-11	LUZ MARINA FERRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-14	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	SI	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-14	MARLY LUZETH GARCÍA CALDERÓN	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-14	EDDINE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-15	LUZ MARINA FERRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-15	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	SI	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-15	MARLY LUZETH GARCÍA CALDERÓN	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-15	EDDINE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-15	ARIELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-16	LUZ MARINA FERRAZA	AMBIENTE FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-16	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	SI	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-16	MARLY LUZETH GARCÍA CALDERÓN	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-16	EDDINE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-16	ARIELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-16	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	SI	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-16	MARLY LUZETH GARCÍA CALDERÓN	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	12-09-20
2020-09-16	EDDINE CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20
2020-09-16	ARIELA NATALIA MEDINA SUAREZ	MÉDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	12-09-20

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910303  
 Vigilado



**5.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos o suplementos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevos coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
11/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
11/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/2020	MARLA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
12/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
12/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
14/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

14/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	MARLA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
15/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/9/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/9/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17/9/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Usuario: 018000910303





17/9/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Diego Baron</i>
17/9/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Hernan Ramos</i>
17/9/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Diana Sanchez</i>
17/9/2020	NATALIA VELASQUEZ	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Natalia Velasquez</i>
17/9/2020	MARLA ZAPATA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Marla Zapata</i>
17/9/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Javier Herrera</i>
17/9/2020	SONIA BOHORQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sonia Bohorquez</i>
17/9/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Eudalia Rodriguez</i>

### 5.3 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	F(GD)003
		Version: 2
		09/20

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del trabajador
				Está consumiendo medicamentos antieméticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
14 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sandra Arias</i>
14 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Ysella Gonzalez</i>
14 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Cesar Duarte</i>
14 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Kelly Ruiz</i>
14 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Henry Uva</i>
14 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Harold Peñaranda</i>
14 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Oscar Jimenez</i>
14 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Yurleys Charrys</i>
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial			35							<i>Lilbeth Cruz</i>
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										<i>Dolly Castellano</i>
14 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Sneyder Manotas</i>
14 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Sandra Izquierdo</i>
14 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	<i>Carlos Valencia</i>
14 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Angela Lopez</i>
14 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Amerida Barrera</i>
14 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Alejandra Vargas</i>
14 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Adriana Corredor</i>
14 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	34,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Maria Natalia Cediel</i>
14 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Angela Torres</i>
14 Sep	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Arllyn Ramirez</i>
14 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Yorz Jakson Socha</i>
14 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Doralba Pregonero</i>
	Nelsy Miranda			NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Nelsy Miranda</i>
	SARA QEDA	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Sara Qeda</i>
	Martha Córdoba	Farmacista		NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Martha Córdoba</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 08000910303  
VIGILADO



Jersalud												FORMAIO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES			FORMAIO 003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario			
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en alta evidencia?					
SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO					
SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO					
SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO					
SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
SEP	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
S	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			35.1						Y. Ramirez				
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									Y. Ramirez				
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									Y. Ramirez				
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial			38.0						Y. Ramirez				
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									Y. Ramirez				
SEP	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
SEP	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
SEP	Angela Iopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				

Jersalud												FORMAIO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES			FORMAIO 003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario			
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en alta evidencia?					
15 SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO					
15 SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
15 SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
15 SEP	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 S	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									Y. Ramirez				
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									Y. Ramirez				
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									Y. Ramirez				
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									Y. Ramirez				
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									Y. Ramirez				
15 SEP	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
15 SEP	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	Y. Ramirez				
15 SEP	Angela Iopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				
15 SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Y. Ramirez				

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra la gripe A y neumococo?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en sala cerrada?	Firma del trabajador
15/09/20	Sandra Arias	Coordinadora Asistencial	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Ysella Gonzalez	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Cesar Duarte	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Kelly Ruiz	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	
15/09/20	Henry Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
15/09/20	Harold Peñaranda	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Oscar Jimenez	Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Yurleys Charry	Jefe Enfermeria	Asistencial									
15/09/20	Ivan O. Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Vivian Suarez	Med. Internista	Asistencial									
15/09/20	Lilibeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
15/09/20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
15/09/20	Sneyder Manotas	Ginecologia	Asistencial									
15/09/20	Sandra Izquierdo	Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	
15/09/20	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial									
15/09/20	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Maria N. Cediel	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Angela Torres	Aux. Salud oral	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Arlin Ramirez	Aux. Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Yorz Socha	Aux. Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	
15/09/20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Nelsy Miranda			NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Martha Cordoba			NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Maribel Martinez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
15/09/20	Sara Quedo	Aux. Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra la gripe A y neumococo?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en sala cerrada?	Firma del trabajador
16 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
16 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	
16 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Cabo	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 S	Ivan Darlo Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilibeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
16 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	
16 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	SI	
16 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	
	SARA Quedo	Aux. Enf.		NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Nelsy Miranda			NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Martha Cordoba			NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
	Maribel Martinez			NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 0180001910303  
VIGILADO





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente medicado con antibióticos, antifúngicos o antivirales?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en una sala estéril?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ojonegros	Falga y Adenitis		
16 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	NO
16 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	NO
16 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
16 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatrica	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
16 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
16 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	
16 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
16 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

16 Sep Nelsy y Mirandó  
 16 Sep Martha Cordoba.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente medicado con antibióticos, antifúngicos o antivirales?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)					¿Trabaja en una sala estéril?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ojonegros	Falga y Adenitis		
17 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatrica	Asistencial									
17 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
17 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
17 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Yorz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

17 Sep Martha Martinez.  
 17 Sep Nelsy Mirandó.  
 17 Sep Martinez, Martinez.  
 17 Sep Sara Cicco

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											F(GD)003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente medicado con antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en otra unidad?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalugia	Fatiga y Adormi		
17 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			36.4						
17 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
17 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
17 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
17 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
17 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	SI	
17 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
17 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

Mely Mayra  
Martha Corolcho.

Maryferles-  
Martinez.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											F(GD)003 Versión: 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente medicado con antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Verificar síntomas (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en otra unidad?	Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalugia	Fatiga y Adormi		
18 Sep	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	SI	
18 Sep	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
18 Sep	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
18 Sep	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
18 Sep	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
18 Sep	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
18 Sep	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
18 Sep	Sandra Izquierdo	Odontologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
18 Sep	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	
18 Sep	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Yorz Jakson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 Sep	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 0180001910303  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador		Cargo	Área de Desarrollo	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o esteroides?	Ha tenido contacto estrecho con otro confirmado para enfermedad por nuevo caso?	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						Fecha del diagnóstico
							Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adynamia	¿Trabaja en otra entidad?	
18 SEP	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial		NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo		NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial		NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18 SEP	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial		NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
18 SEP	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial		NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	
18 SEP	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial		NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial		NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial		NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
18 SEP	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
18 SEP	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
18 SEP	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
18 SEP	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
18 SEP	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO			NO	NO	NO	NO	SI	
18 SEP	Carlos Valencia	Odontologo	Asistencial	NO	NO	35.3		NO	NO	NO	NO	SI	
18 SEP	Angela Lopez	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Amerida Barrera	Regente farmacia	Asistencial	NO	NO	35.5		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Alejandra Vargas	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Adriana Corredor	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.0		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.5		NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Yoriz Jackson Socha	Auxiliar Administrativo	Administrativo	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	
18 SEP	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO	
	Deisy Miranda Partha Cordero.						35.7						

### 5.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTE DE SINTOMATOLOGIA COVID-19 JERSALUD											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 13:34:43	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 13:29:39	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/09/2020 12:25:33	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 12:25:04	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 10:10:52	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 10:07:08	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 09:44:54	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 09:43:57	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 09:22:07	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 09:02:26	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:57:41	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:48:06	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:48:02	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:42:33	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:38:22	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:38:19	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:36:35	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:34:19	CC	1121947473	GARCIA	CALDERON	MARLY	JULIETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:13:21	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:06:44	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 08:00:17	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:56:49	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:53:24	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:37:45	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:37:08	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:34:26	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:32:55	CC	1121853253	REINA	WALTEROS	MIGUEL	ANGEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:31:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:24:10	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:20:34	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:19:45	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:18:10	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:12:38	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:11:51	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:09:58	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:07:24	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/09/2020 07:04:56	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/09/2020 06:58:28	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 06:53:06	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/09/2020 06:52:59	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/09/2020 05:58:04	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 21:41:36	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/09/2020 21:01:53	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 19:58:10	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 19:47:52	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 17:56:21	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 17:41:27	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 17:03:32	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 17:02:02	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 17:01:33	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/09/2020 16:04:01	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



*"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"*



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**

FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 15:58:41	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 15:38:12	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 15:17:00	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 15:03:43	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 14:51:18	CC	1007497333	SUAREZ	GUARIN	LUISA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 14:44:47	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 14:25:38	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 13:54:45	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 13:31:00	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 13:13:32	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/09/2020 13:06:59	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/09/2020 13:06:33	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:58:35	CC	1121950663	ACUÑA	VILLADIEGOADRIANA MARCELA ACUÑA	ADRIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:52:52	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:52:10	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:50:38	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:38:09	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:36:10	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	16/09/2020 12:13:56	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 11:37:22	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 11:23:04	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:57:52	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:47:07	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:38:37	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:37:57	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:26:24	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:20:16	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 10:04:43	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:52:39	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:51:57	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:50:57	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:47:29	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:46:46	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:39:21	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO



**F(GD)003 Vr.1 Jun-2019**  
**Informe General Bioseguridad Semana 3 de Septiembre**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:22:02	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 09:10:08	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:55:36	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:52:28	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:46:30	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:27:40	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:12:58	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:06:29	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:03:20	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 08:01:29	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:55:05	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
777COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:53:17	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:46:27	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:31:57	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:30:52	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:28:41	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:28:19	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:27:43	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:21:38	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:21:30	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:19:36	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:16:57	CC	1090495225	VARGAS	PALACIOS	MARIA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:14:53	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:09:27	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:08:57	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:08:53	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:07:41	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:07:14	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 07:03:22	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	16/09/2020 06:58:38	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	16/09/2020 06:35:18	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/09/2020 20:57:13	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 19:10:14	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/09/2020 19:05:15	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 18:28:17	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 18:24:43	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 18:08:03	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 18:04:25	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 17:41:00	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 17:39:40	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 17:31:17	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 17:24:20	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 15:48:46	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 14:42:03	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 14:36:19	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 14:33:45	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 14:29:51	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 13:56:55	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 13:09:54	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 13:05:02	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 12:51:34	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 12:50:50	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	15/09/2020 12:44:55	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 12:32:27	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 10:32:51	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 10:08:21	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 09:58:23	CC	1120502833	CAÑON	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 09:38:56	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 09:28:11	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	15/09/2020 09:24:13	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 09:20:54	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/09/2020 09:01:21	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:42:16	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:41:07	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:34:29	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:29:10	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:16:54	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:10:47	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:07:23	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 08:01:59	CC	1121857850	TORRES	MARTINEZ	JODDY	LISETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:52:41	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 0180001910333

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:51:36	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:45:19	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:40:59	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:40:57	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:29:52	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:28:23	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:26:21	CC	51990459	ORTEGA	MENIURA	LUZ	MENDY	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:25:22	CC	51990459	ORTEGA	MENIURA	LUZ	MENDY	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:22:36	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:20:50	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:20:20	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:17:57	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:17:54	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:16:29	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:08:38	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:05:55	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:04:59	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:04:55	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	15/09/2020 07:04:28	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	15/09/2020 06:47:59	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	15/09/2020 06:46:35	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	15/09/2020 06:40:26	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 21:47:12	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/09/2020 21:41:05	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 19:31:09	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/09/2020 19:05:53	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 18:23:10	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 17:43:08	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 17:38:46	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 17:36:54	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 17:22:51	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 16:06:04	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 15:42:59	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 14:27:14	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 14:11:12	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	14/09/2020 14:09:36	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 14:06:25	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/09/2020 14:05:21	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 13:28:10	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LIJANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 13:26:34	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 13:11:50	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 13:10:29	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 11:49:16	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 11:29:11	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 10:34:44	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 10:20:31	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 10:20:15	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 10:08:45	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 10:03:00	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 09:40:12	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOP EPS	JERSALUD SAS	14/09/2020 09:27:35	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:58:39	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:40:02	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:39:39	CC	40446687	GUERRERO	OBANDOLUZ ESPERANZA GUERRERO O	LUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:32:44	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:29:10	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:23:49	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:21:13	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:07:23	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:01:41	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 08:01:26	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:59:24	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:56:57	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:50:10	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:41:53	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:36:36	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:31:52	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:28:16	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:26:08	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:24:12	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



*"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"*





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:17:24	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:17:20	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:14:49	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:13:10	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:09:21	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:09:18	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:09:08	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:08:13	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:04:30	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	14/09/2020 07:02:52	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	14/09/2020 06:53:42	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	14/09/2020 06:02:12	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	13/09/2020 23:06:21	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/09/2020 22:37:03	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	13/09/2020 19:57:14	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	13/09/2020 18:50:05	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	13/09/2020 17:54:11	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/09/2020 16:21:25	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	13/09/2020 13:15:57	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	13/09/2020 08:52:44	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	13/09/2020 06:15:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 19:58:25	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/09/2020 19:34:20	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	12/09/2020 18:32:30	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/09/2020 13:22:11	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/09/2020 13:04:45	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 12:23:10	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/09/2020 12:22:54	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 12:18:06	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 12:16:28	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 11:50:22	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/09/2020 11:20:52	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/09/2020 10:07:26	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	12/09/2020 08:50:29	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	12/09/2020 08:47:46	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 08:28:27	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS- S	JERSALUD SAS	12/09/2020 08:26:58	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/09/2020 08:14:39	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:53:19	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:46:54	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:27:26	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:24:06	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:23:14	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:22:38	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:21:36	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:17:44	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:14:11	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:13:30	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:10:27	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:09:33	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	12/09/2020 07:08:46	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 23:10:08	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	11/09/2020 20:09:33	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/09/2020 20:08:24	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 19:26:41	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 18:05:04	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 18:00:46	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 17:18:48	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 17:16:03	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 16:46:06	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 16:36:58	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 15:21:40	CC	1006773398	SANTANA	MONTOYA	JHOAN	SNEIDER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 15:17:27	CC	1127390578	VILLEGAS	FLOREZ	DUVAN	FERNEY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS- S	JERSALUD SAS	11/09/2020 15:11:45	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 14:52:52	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 14:28:19	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 13:29:52	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 12:49:33	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS- S	JERSALUD SAS	11/09/2020 12:44:40	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	11/09/2020 12:34:00	CC	1121930795	MACHADO	ROMERO	ANGIE	JULEIDY	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Usuario: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 3 de Septiembre**



FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 11:45:29	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 11:45:05	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 11:17:21	CC	1116774825	OJEDA	PARALES	SARA	NOHEMI	CASANARE	YOPAL	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 10:14:47	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 10:05:07	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	11/09/2020 09:23:57	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 09:16:54	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:59:12	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:30:15	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:27:04	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:19:25	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:18:13	CC	1121898940	ROJAS	CORREALMAIRA FAISULY ROJAS COR	MAIRA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:12:35	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:12:20	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:09:10	CC	86069207	HERRERA	SILVA	WILSON	JAVIER	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:08:42	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:07:08	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 08:06:38	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:59:40	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:58:58	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:57:40	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:38:01	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:34:30	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:30:18	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:17:19	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:11:46	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:07:52	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:07:29	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:06:11	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:01:15	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	11/09/2020 07:00:36	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	11/09/2020 06:59:16	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	11/09/2020 05:16:43	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Usuario: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)

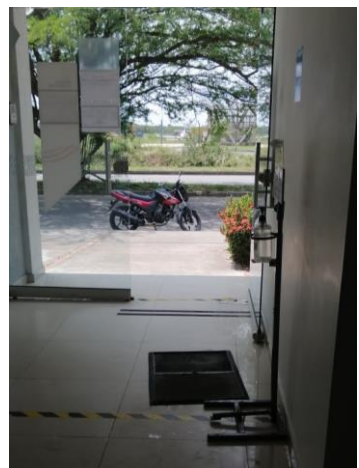
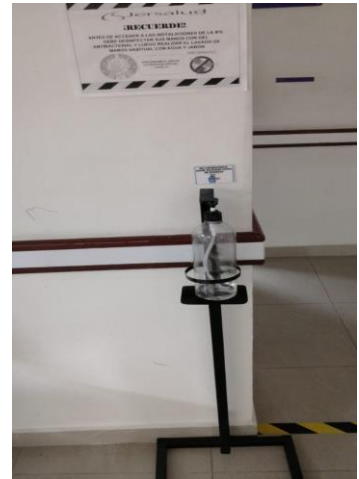


**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**





6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad



VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 018000910302



## 6. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

### 7.1 Inventario EPP

#### 7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	390	150		240	25	2		23
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	8			8	250	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	1365	235		1130	480	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

TUNJA



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	620	100		520	18			18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	9			9	250	50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	650	100		550	260	30

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	40			40	6	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	329	30		299	20			20





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	9			9	260	40		220

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	300	100		200	270	30		240

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	6			6

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	380	50		330	15			15

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	40	20		20

**CHIQUINQUIRÁ**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 0180001910382

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	800	50		750	150	10		140

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	3			3

**MONQUIRÁ**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	50	10		40	18			18

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	60	10		50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	200	50		150	30	10		20



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	50	10		40	10			10

**GARAGOA**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	60	10		50

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	300	50		250	40	10		30

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	350	10		340	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	70	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	0	50	200	150	40	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	140	10		130	10			10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
GAFAS				GORROS					



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020				DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	1600	10		1590
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	300	50		250	40	10		30
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	20			20	2			2

<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2800			2800	165			165
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	23			23	2600	
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS

**ALMACEN**



	RA DE SALUD	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	2700		300	3000	2700			2700
<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	150			150	45			45

## 7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

### 7.1.2.1 Sede Villavicencio

<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	1950	118	0	1800	10	3	0	10

<b>DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020</b>									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	18	1	0	17	545	100	0	495





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	90	13	0	85	250	8	0	250

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	5	0	0	5	5	0	0	5

### 7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	4	3	0	2 CAJAS	12	0	10	22

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	200	0	10	190



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	30	3	0	27	50	10	0	40

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0	0	1

### 7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	4 CAJAS	1 CAJA	0 CAJA	3 CAJAS	13 UNIDAD	1 UNIDAD	0 UNIDAD	12 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
2	JERSALUD	1	1	0	0	0 UNIDAD	0 UNIDAD	0 UNIDAD	0 UNIDAD



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
3	JERSALUD	5 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 4 CAJAS TALLA S	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA S	0 CAJA	4 CAJA TALLA M 3 CAJA TALLA L 3 CAJA TALLA S	36 UNIDAD	5 UNIDAD	0 UNIDAD	31 UNIDAD

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
4	JERSALUD	3	0	3	3	3	0	3	3

#### 7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 17 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto Lopez	66	16	50	50	8	0	8	8





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 17 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	146	16	130	130

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 17 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	Jersalud S.A.S pto Lopez	6	1	5	5	30	6	24	24

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 17 SEPTIEMBRE DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto Lopez	0	0	0	0	0	0	0	0



**7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitan	188	12	176	176	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto gaitan	3	0	3	3	58	12

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto Gaitan	7	0	7	7	26	4

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0



**7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	362	62	0	300	35	10	0	25

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD SAS – YOPAL	2	1	0	1	83	0

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD SAS – YOPAL	7 CAJAS	9 CAJAS	0	7 CAJAS	97	5

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A SEPTIEMBRE 17 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5





**6.2 Proyección adquisición EPP**

**6.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá**



<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE CONSUMO</b>	VERSIÓN	3
	VIGENCIA	ene-19
	CÓDIGO	
	PÁGINAS	1 DE 1

**SUCURSAL: TUNJA**      **FECHA:** 16/09/2020

<b>UNIDAD</b>	ALMACEN
<b>CENTRO DE COSTO</b>	ADMINISTRATIVOS TUNJA
<b>UBICACIÓN</b>	ALMACEN

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
BOYACA	AVISO PISO MOJADO	UNIDAD	1
BOYACA	JERINGAS X 5 CC	UNIDAD	100
BOYACA	MICROPORE DE 2 PULGADAS - COLOR PIEL	UNIDAD	3
BOYACA	CINTA ALTURA UTERINA	UNIDAD	2
BOYACA	GUARDIAN 2,9 LT	UNIDAD	8
BOYACA	SABANAS PARA CAMILLA	UNIDAD	113
BOYACA	BATAS MANGA CORTA	UNIDAD	70
BOYACA	CONOS PARA OTOSCOPIO	UNIDAD	520
BOYACA	ESPARADRAPO ANCHO BLANCO X 7 CM	UNIDAD	3
BOYACA	CARETAS DE PROTECCION TRASPARENTE	UNIDAD	4
BOYACA	MONOGAFAS	UNIDAD	8
BOYACA	SOLUCION ESTERIL X 100 CM	UNIDAD	4
BOYACA	JABON ENZIMATICO X 1000 ML	UNIDAD	1
BOYACA	VENDA DE ALGODÓN LAMINADO 5X5	UNIDAD	1
BOYACA	VENDA DE ALGODÓN LAMINADO 7X5	UNIDAD	1
BOYACA	GEL ANTIBACTERIAL PORTATIL	UNIDAD	7
BOYACA	ALCOHOL ANTICEPTICO 345 ML AL 75%	UNIDAD	1
BOYACA	SOLUCION SALINA 9 % BOLSA X 500 ML	UNIDAD	1
BOYACA	YODOPOVIDONA SOLUCION TOPICA 120 ML	UNIDAD	1
BOYACA	ISOPAÑÍN ANTISEPTICO	UNIDAD	900

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)




BOYACA	KIT DE CITOLOGIAS	UNIDAD	180
BOYACA	TIRAS PARA GLUCOMETRIA	UNIDAD	200
BOYACA	LANCETAS	UNIDAD	200
BOYACA	GUANTES LATEX TALLA M	UNIDAD	2103
BOYACA	GEL ANTIBACTERIAL MANOS PORTATIL PEQUEÑO	UNIDAD	4
BOYACA	POLAINAS	UNIDAD	20
BOYACA	LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA	UNIDAD	2
BOYACA	QUIRUGER	UNIDAD	1
BOYACA	JERINGAS X 5 CC	UNIDAD	200
BOYACA	CITOSPRAY	UNIDAD	1
BOYACA	ASEPSIDINA (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	17
BOYACA	ASEPSIGEL (PROASEPSIS) BOLSA X 1000 ML PARA DISPENSADOR	UNIDAD	17
BOYACA	ISODINE ESPUMA	UNIDAD	3
BOYACA	GASA ESTERIL PRECORTADA PQT X 5 UND	UNIDAD	8
BOYACA	ISODINE SOLUCION	UNIDAD	3
BOYACA	VENDAS ADHESIVAS CURITAS	UNIDAD	10
BOYACA	PARCHE DE OJOS	UNIDAD	0
BOYACA	MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS	UNIDAD	8
BOYACA	GUANTES LATEX TALLA S	UNIDAD	1010
BOYACA	GORROS DESECHABLES	UNIDAD	1000
BOYACA	BATAS MANGA LARGA	UNIDAD	1410
BOYACA	TAPABOCAS CONVENCIONAL	UNIDAD	2600
BOYACA	TAPABOCAS N 95	UNIDAD	42

FIRMAS	
SOLICITADO POR:	
NOMBRE	
CARGO	
APROBADO POR:	
NOMBRE	
CARGO	

0 10788



### 6.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

 <b>SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS</b> NIT 901.222.681-7 Calle 9 No. 14-68 Tel: 8748246 Neiva - Colombia		<b>Cotización</b> No. C-1-463 Para Nit JERSALUD SAS Fecha 900.622.551-0 2020-08-29				
Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	150.00	6,950.00	1,042,500.00
2	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	<a href="#">Ver</a>	60.00	1,950.00	139,230.00
3	DIS-404180519	GASA ESTERIL 3X3X5 UND SHERLEG	<a href="#">Ver</a>	120.00	450.00	54,000.00
4	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	6.00	28,000.00	168,000.00
5	158622	RECOLECTOR GUARDIAN 2.8 LTS ESTRA	<a href="#">Ver</a>	10.00	10,500.00	105,000.00
6	176759	RECOLECTOR GUARDIAN 1.3 LTS ESTRA	<a href="#">Ver</a>	2.00	8,500.00	17,000.00
7	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	14.00	45,000.00	630,000.00
8	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	7.00	18,000.00	126,000.00
9	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	6.00	29,500.00	177,000.00
10	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	<a href="#">Ver</a>	2.00	7,000.00	14,000.00
11	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<a href="#">Ver</a>	4.00	2,900.00	11,600.00
12	LU-ES	TUBO ESPARADRAPO LEUKOPLAST SURTIDO X5	<a href="#">Ver</a>	2.00	52,000.00	104,000.00
13	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	4.00	29,500.00	118,000.00
14	EQ0642439	MICROPORÉ PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	<a href="#">Ver</a>	24.00	5,200.00	124,800.00
15	DISC-1808002	ALGODON EN TORUNDAS LIBRA MK	<a href="#">Ver</a>	3.00	12,500.00	37,500.00
16	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	<a href="#">Ver</a>	24.00	1,900.00	45,600.00
17	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	5.00	2,200.00	11,000.00
18	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	<a href="#">Ver</a>	2.00	4,200.00	8,400.00
19	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	1.00	12,800.00	15,232.00
20	QDJ60	QUIRUCIDAL JABON X 60 CC	<a href="#">Ver</a>	3.00	8,500.00	25,500.00
21	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	<a href="#">Ver</a>	1.00	4,800.00	4,800.00
22	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	2.00	28,500.00	57,000.00
23	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	200.00	116.00	23,200.00
24	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 90X2 UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	30.00	5,700.00	171,000.00
25	CONSAB	SABANAS SENCILLA resortada IR UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	20.00	5,700.00	114,000.00
26	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	<a href="#">Ver</a>	5.00	62,000.00	310,000.00
<b>Total Bruto</b>					3,629,700.00	
<b>Subtotal</b>					3,629,700.00	
<b>IVA 19%</b>					24,662.00	
<b>Total a Pagar</b>					<b>3,654,362.00</b>	

Elaborado por Siglo S.A.S NIT 830.068.145-5-8

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Calle 8 Corrales Nacionales, 018001910332  
Bogotá, D.C.

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246







**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA  
 SAS**

NIT 901.222.681-7  
 Calle 9 No. 14-68  
 Tel: 8748246  
 Neiva - Colombia

**Cotización**  
 No. C-1-462

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-08-29

Elaborado por Sigo, S.A.S. Nit: 830.046.145-65-4

Item	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	10.00	950.00	9,500.00
2	EQ-II351AK	BAJALENGUA ALGRANEL X 500 KENNEDY	<a href="#">Ver</a>	1.00	28,151.27	33,500.01
3	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	1.00	29,500.00	29,500.00
4	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	30.00	29,500.00	885,000.00
5	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	10.00	28,500.00	285,000.00
6	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	<a href="#">Ver</a>	150.00	1,450.00	217,500.00
7	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	<a href="#">Ver</a>	200.00	270.00	54,000.00
8	DATAPA	TAPABOCA EMPAQUE INDIVIDUAL-UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	40.00	1,800.00	72,000.00
9	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	50.00	18,000.00	900,000.00
10	EQ-VASE	VASELINA PURA X 500 GR	<a href="#">Ver</a>	2.00	14,285.72	34,000.01
11	4251300	CATETER N° G-24X 3/4 INTROCAM	<a href="#">Ver</a>	10.00	1,800.00	18,000.00
12	4251318	CATETER N° G-22X 1 INTROCAM	<a href="#">Ver</a>	10.00	1,800.00	18,000.00
13	AXACLOR500	SUERO FISIOLÓGICO DE 500 BAXTER ARB1323	<a href="#">Ver</a>	30.00	1,900.00	57,000.00
14	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	<a href="#">Ver</a>	2.00	4,800.00	9,600.00
15	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS ) UNIDAD MEDE	<a href="#">Ver</a>	100.00	820.00	82,000.00
16	DISTR-256	BAJALENGUAS PLASTICO PAQX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	2.00	15,500.00	36,890.00
17	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	10.00	5,100.00	51,000.00
18	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	5.00	4,800.00	24,000.00
19	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA	<a href="#">Ver</a>	5.00	18,000.00	90,000.00
20	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA LARGA	<a href="#">Ver</a>	100.00	18,500.00	1,850,000.00
21	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	20.00	9,500.00	190,000.00
22	34841	GEL ANTIBACTERIAL BIDON	<a href="#">Ver</a>	1.00	232,000.00	232,000.00
23	184	JABON LIQUIDO X BIDON	<a href="#">Ver</a>	1.00	89,000.00	89,000.00
24	NACIONAL	GEL ANTIBACTERIAL 500 ML NAL	<a href="#">Ver</a>	1.00	13,500.00	13,500.00
25	021230	JABON DE MANOS X 500 ML	<a href="#">Ver</a>	1.00	12,500.00	12,500.00

**Total Bruto** 5,276,822.71  
**Subtotal** 5,276,822.71  
**IVA 19%** 16,667.31  
**Total a Pagar** 5,293,490.02

Gerente General  
 sumfamedic@hotmail.com  
 8748246

**VIGILADO**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910302



FECHA DE SOLICITUD:		8-Jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
10	APLICADORES DE ALGODÓN	A	PAQUETE X200	ALMACEN	300104207	20	CMC	PAQUETE X 1000
1	BAJALENGUAS	A	CAJA	ALMACEN	300101285	41	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101289	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
10	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
30	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
10	GUANTES DE VINILO	A	TALLA M CAJA	ALMACEN	300120157	30.000	CMC	SUJETO A DISPONIBILIDAD
3	GUANTES QUIRURGICOS	A	TALLA 7.5 CAJA	ALMACEN	300120147	800	FARMA	SUJETO A DISPONIBILIDAD
50	CATERER No 24 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101036	1.190	CMC	
50	CATERER No 22 INTRAVENOSO	A	CAJA X 50 UNIDADES	ALMACEN	300101035	1.190	CMC	
30	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO F	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
2000	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
1	TAPA BOCAS NRS	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
30	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
100	NELATON No 08 Sonda	A	PAQUETE X 50	ALMACEN	300101126	437	CMC	
200	JERINGAS X 10CC	A	CAJA	ALMACEN	300101080	194	CMC	CAJA X 100

FECHA DE SOLICITUD:		28-Jul-20						
AREA SOLICITANTE:		Jersalud Villavicencio						
CANTIDAD	PRODUCTO/SERVICIO	PRIORIDAD	PRESENTACIÓN Y/O CARACTERÍSTICAS	DESTINO COMPRA	CODIGO	VALOR UNITARIO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
150	BATA QUIRURGICA DESECHABLE MANGA LARGA NO ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300107909	7.200	TEMMOCOLOR	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE \$500.000
60	ESPEJULOS DESECHABLES	A	UNIDAD	ALMACEN	300101074	2.000	CMC	-
120	GASA PRECORTADA 7.5 CMS X 7.5 CMS SOBRES ESTERIL	A	UNIDAD	ALMACEN	300105074	69	CMC	-
2	DIJAS REDONDAS	A	CAJA X 100	ALMACEN	300105715	3.500	CMC	CAJA X 100
2000	GORROS	A	CAJA X 2000 UNIDADES	ALMACEN	300101289	437	HB SUPPLIER	VENTA MINIMA CAJA X 2000 UNIDADES
2	GUARDIAN PEQUEÑO 15 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300102056	2.012	GUARDIANES Y RECOLE	
10	GUARDIAN 2.5 LTS	A	UNIDAD	ALMACEN	300101297	2.250	GUARDIANES Y RECOLE	DEBE CUMPLIR MONTO MINIMO DE DESPACHO (800.000)
2	SABANAS	A	30X12	ALMACEN	300101298	4.590	CMC	MEDIDA 2.20 X 87
2	ESPARRADRO TPO HOSPITALARIO	A	TUBO SURTIDO MS	ALMACEN	300101280	34.800	CMC	
2	GUANTES DE MANEJO	A	TALLAS	ALMACEN	300105214	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA S - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
4	GUANTES DE MANEJO	A	TALLA M	ALMACEN	300105213	30.000	NIPRO	GUANTE EXAMEN TALLA M - CAJA X 100 UNIDADES (SUJETO A DISPONIBILIDAD)
48	MICROPORE TRANSPARENTE DE 2 PULGADAS	A	CAJA X 12 UNIDADES	ALMACEN	300108381	8.138	CMC	
3	TORUNDAS 1/500 gms PAQUETE	A	PAQUETE	ALMACEN	300112130	10.350	CMC	
3	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON QUIRURGICO FCO/500ML	A	FRASCO		19945394-04	13.800	CMC	
200	JERINGAS X 5CC	A	CAJA	ALMACEN	300101079	125	CMC	CAJA X 100
700	TAPA BOCAS	A	CAJA	ALMACEN	300107981	1.250	FARMA	CAJA X 50
7	TAPA BOCAS NRS	A	CAJA	ALMACEN	300107984	18.900	FARMA	BOLSA X 20 UNIDADES - SUJETO A DISPONIBILIDAD
6	ALCOHOL GALON	A	GALON	ALMACEN	300102473	24.500	IMPAH	-
5	GEL ANTIBACTERIAL	A	FRASCO	ALMACEN	300106764	21.250	CMC	ALCOHOL GEL ANTIBACTERIAL Frasco 1000ml - ASEPTIGEL
1	DISINFECTANTE SPRAY	A	UNIDAD	ALMACEN	300102633	11.453	CMC	-

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01-8000910303  
Línea de Gestión Nacional: 01-8000910303



6.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**  
NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-58  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia  
sumifarmedic@hotmail.com

Factura electrónica de venta  
No. FE-137

Señores	JERSALUD SAS YOPAL				
NIT	900.622.551-0	Teléfono	3213665735	Fecha de Factura	2020-09-02
Dirección	CLL 40 23 99	Ciudad	Villavicencio - Colombia	Fecha de Vencimiento	2020-09-02

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	5.00	9,500.00	0 %	0 %	47,500.00
2	2452	GORROS ORUGA X 100 UNO	1.00	28,500.00	0 %	0 %	28,500.00
3	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	8.00	45,000.00	0 %	0 %	360,000.00
4	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	3.00	60,000.00	0 %	0 %	180,000.00
5	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	20.00	6,950.00	0 %	0 %	139,000.00
6	TMNB	TAPABOCAS N95 REPLICA	40.00	7,000.00	0 %	0 %	280,000.00

**Valor en Letras:**  
Un millón treinta y cinco mil pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**  
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-02 por \$ 1,035,000.00

**Observaciones:**  
Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

**Total Bruto** 1,035,000.00

**Total a Pagar** 1,035,000.00

**Jersalud S.A.S.**  
NIT: 900622551-0  
**RECIBIDO**  
N.º B. 07-09-2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18764001380571 aprobado en 20200729 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses Responsable de IVA - Actividad Económica Tarifa 3.5





**EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

**Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva**



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

**JERSALUD SAS**

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

**ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.**

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.  
Bogotá: 336-7070 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez





## 8. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño  
Mié 08/07/2020 17:06  
Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistentethyopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

**Aura Cristina Londoño Dueñas**  
Analista SST  
Sucursal Villavicencio  
Cel. 320 2775564  
Correo: analistasst.meta@jersalud.com



*Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.*

Responder | Responder a todos | Reenviar

## 9. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

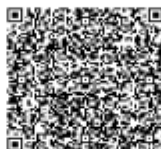


### ACUSE RECIBIDO

**Positiva Compañía de Seguros S.A.**, acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**





## 10. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

### 11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: [piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co) <[piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co)>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <[GerenciaBoyaca@jersalud.com](mailto:GerenciaBoyaca@jersalud.com)>; Coordinacion Sogamoso <[Coord.Sogamoso@jersalud.com](mailto:Coord.Sogamoso@jersalud.com)>; [prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com) <[prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com)>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

**Mónica Salamanca R.**


Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**

---




M(GAA)001 PLAN DE CONTI...  
7 MB



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...  
1015 KB

2 archivos adjuntos (8 MB)   Descargar todo   Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

**Mónica Salamanca R.**  
Profesional de Garantía de la Calidad.  
**Jersalud S.A.S Boyacá.**



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.





Alcaldía Mayor de Tunja  
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

### LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

#### CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ  
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo  
Revisó: Lucy Esperanza Rodriguez Pérez



SC - CER432075

mipg

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,  
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • [proteccion-social@tunja.gov.co](mailto:proteccion-social@tunja.gov.co)  
📞 📧 🌐 📄 • [www.tunja-boyaca.gov.co](http://www.tunja-boyaca.gov.co) •



## 10.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB  
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

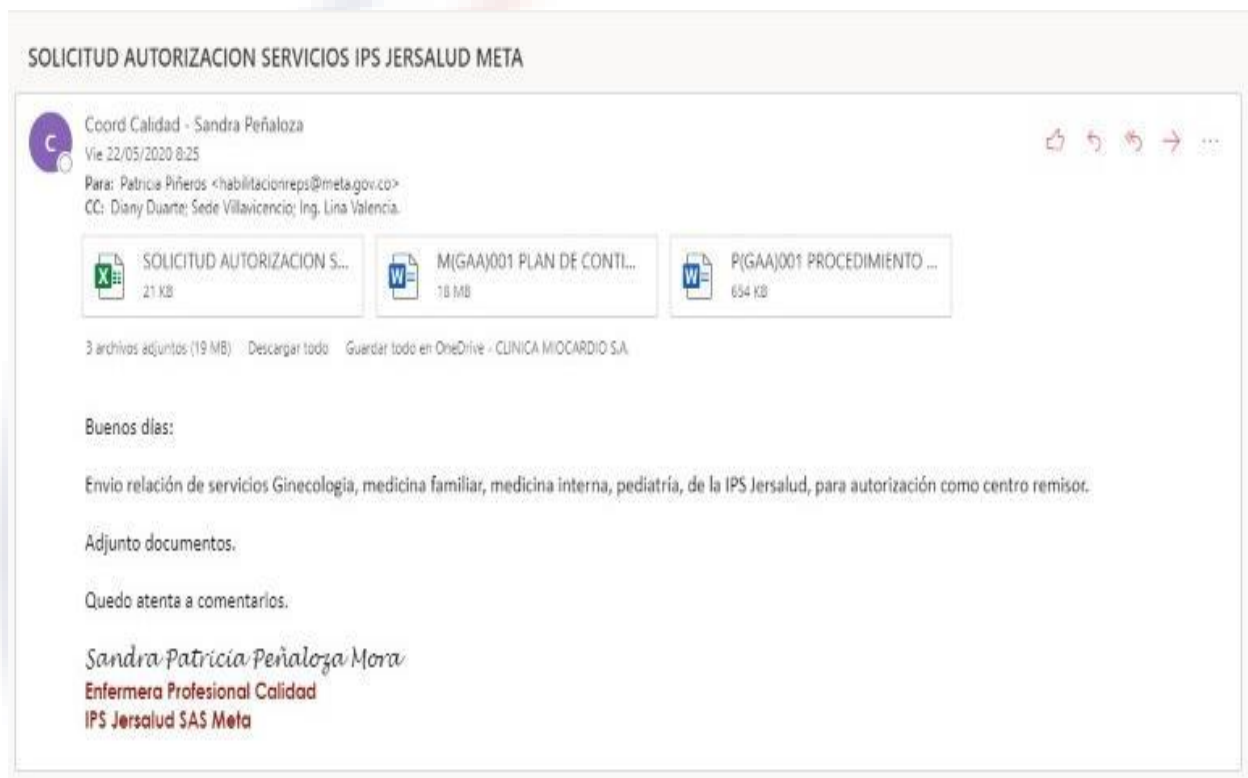
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza  
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>  
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB  
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñaloza Mora*  
Enfermera Profesional Calidad  
IPS Jersalud SAS Meta





### 10.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

#### PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

**De:** CoorCalidad.Yopal Jersalud  
**Enviado:** miércoles, 29 de abril de 2020 15:36  
**Para:** regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>  
**Asunto:** PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.  
Agradezco atención prestada quedo atenta.


**KAREN LIZETH SOLANO AYALA**  
Profesional de Calidad  
Sede Yopal-Casanare  
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

#### AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>  
Tue 14/05/2020 18:56  
**Para:** sivilayopal@gmail.com y 3 más  
**CC:** Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...  
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx  
191 KB

 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...  
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...  
73 KB

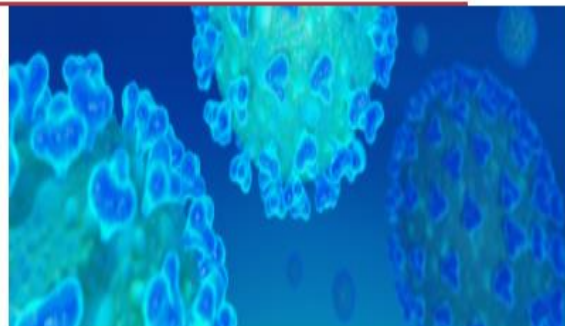


## 11. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 12.1 Evidencia publicación en página Web



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE





### Actas

-  [Acta General 005 Copasst](#)
-  [Acta 006 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 007 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 008 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 009 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 010 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 011 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 012 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 013 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 014 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 015 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 016 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 017 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 018 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 019 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 020 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 021 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 022 Extraordinaria Copasst](#)
-  [Acta 023 Extraordinaria Copasst](#)





<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20AGOSTO.pdf>

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



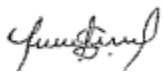

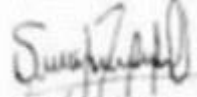




<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20AGOSTO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20SEPTIEMBRE.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20SEPTIEMBRE.pdf>

## Aprobación

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casare 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	