

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 4 DE AGOSTO

**Del 24 al 28 de
Agosto 2020**

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

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

1.2 Evidencia Acta 021 de Agosto 2020 Semana 4

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

ACTA N° 021 DE 2020					
REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	27	08	2020	09:10 A.M.	09:35A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

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



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

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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

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

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

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #020 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
Reunión Analistas SST Y coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realiza	Analistas SST Jefes administrativas y de talento humano	21/08/2020	Jersalud Nacional	Evidencia reunión TEAMS	100%	Se realizó reunión el día 21/08/2020



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

tamizaje COVID-19						
Envío de solicitud a Asesor ARL solicitud reclasificación riesgo	Analistas SST Boyacá	26/08/2020	Jersalud Boyacá	Correo de envío	100%	

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

¿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.



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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

SI

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

ITEM	DESCRIPCIÓN	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGUN 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 4 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Agosto 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)



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

	Protección Social?					
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 4 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 4 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 4 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministros por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Agosto 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el 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 4 Agosto 2020 Numeral 8



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

8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copasst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 021 Numeral 4.4
9	Link de Publicación del informe	X	Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencia (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 3 de Agosto en página web http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20AGOSTO.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 4 Agosto 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL				1000	100%	


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

ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Seguimiento a solicitud tamizaje pruebas COVID-19 personal de salud	Jefes administrativas y de talento humano	15/09/2020

4.5 Entre los miembros del COPASST se acuerda que se debe seguir realizando las inspecciones de uso de elementos de protección personal y adicionalmente realizar reporte al área de talento humano de las personas que no realizan el uso adecuado de elementos de protección personal para que se realice la respectiva acta de compromiso y proceso disciplinario después de reiterativos llamados de atención y que no se acate la directriz del uso adecuado de los elementos de protección personal

4.6 Por parte de las Analistas SST de cada una de las regionales se va a realizar el consolidado del índice de ausentismo por COVID19 en el cual se refleje cuáles son los recuperados,



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

fallecidos, y que aún siguen en aislamiento preventivo y obligatorio por sospecha o por caso confirmado con fecha de corte hasta 31 de Agosto de 2020


5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
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	
Consolidado de casos sospechosos y confirmados COVID-19	Analistas SST	15/09/2020	Jersalud Nacional	Consolidado casos sospechosos y confirmados COVID-19	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



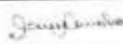


1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 5
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	F(GI)012
		Version: 1
		oct.18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL



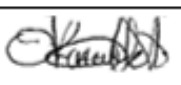



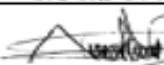
INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 021 de 2020			
FECHA: 27/08/2020	HORA DE INICIO: 09:10 a m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz Garcia	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

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



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA			F(GI)012 Versión: 1 oct-18 1 DE 1
SEDE:		JERSALUD NACIONAL			
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 021 de 2020					
FECHA: 27/08/2020		HORA DE INICIO: 09:10 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	SE CONECTO POR EL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermeria Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Página 1




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva


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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL

TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 021 de 2020			
FECHA: 27/08/2020		HORA DE INICIO: 09:10 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:35a.m
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

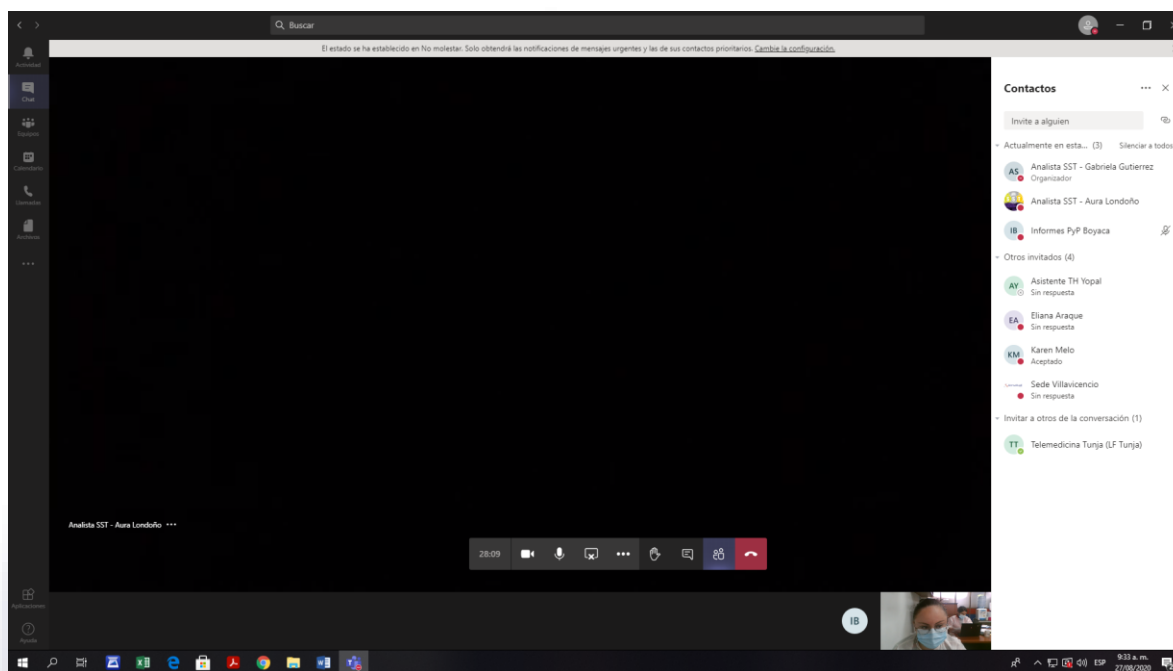
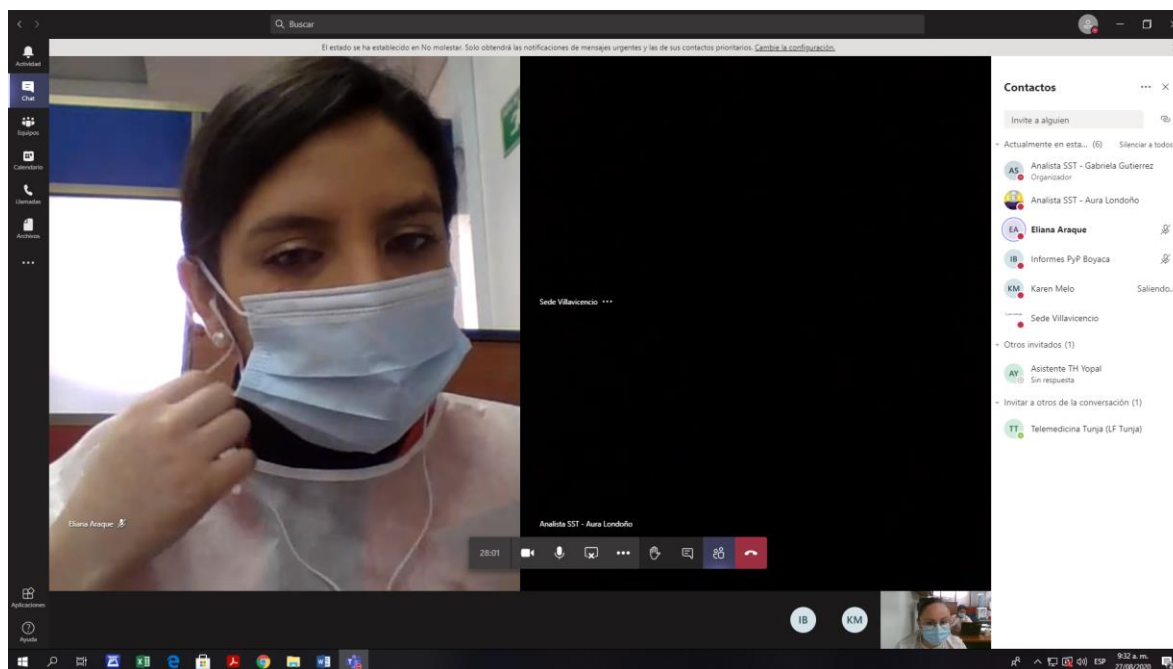
REGISTRO

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

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



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

BASE DE DATOS PERSONAL REGIONAL BOYACA								
No.	TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL DE EXPOSICIÓN COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRIJALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	VACACIONES
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO EN CASA
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO EN CASA
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GÉRENTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**

39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUARAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO EN CASA
54	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE 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	INDIRECTA	TELECONSULTA
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
65	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE 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	INDIRECTA	TELECONSULTA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTA	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	INCAPACITADA
82	CC	107525284	ANDRÉS FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
83	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
84	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
85	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTA	
86	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTA	TELECONSULTA
87	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
88	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA TECNICO EN ADMINISTRATIVO EN SALUD	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	



89	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO	
90	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	DUITAMA-SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
91	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
92	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
93	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
94	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
95	CC	79972356	MARIO FERNANDO TORRES CAÑAS	AUXILIAR DE FARMACIA	BOGOTÁ	DIRECTA	DIRECTA	
96	CC	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	REGENTE FARMACIA TIPO I	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
97	CC	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	AUXILIAR DE FARMACIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTA	
98	CC	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	REGENTE FARMACIA TIPO I	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
99	CC	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	AUXILIAR DE FARMACIA	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTA	
100	CC	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
101	CC	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	REGENTE FARMACIA TIPO I	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTA	
102	CC	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA TIPO II	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
103	CC	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
104	CC	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
105	CC	1057579181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTA	
106	CC	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
107	CC	1056800607	JOHANA VARGAS RODRIGUEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
108	CC	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
109	CC	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUXILIAR DE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTA	
110	CC	1049413869	NELLY GRACIELA CALVO DIAZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
111	CC	52835873	LILIA ANGELICA DURAN RODRIGUEZ	REGANTE FARMACIA	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO EN CASA
112	CC	23297570	NORY EDY ESPITIA AGUILAR	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
113	CC	1049795603	YANIBE DEL ROSARIO VELASQUEZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	Guateque	DIRECTA	DIRECTA	
114	CC	1049604485	ROSALBA IBAGUE RIVERA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	
115	CC	33378530	NIDIA ROCIO SAENZ PEÑA	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTA	

2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META					
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**

11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGHEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
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	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
27	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	INCAPACIDAD - AISLAMIENTO PREVENTIVO
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	INTERMEDIO	TELECONSULTA
40	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO- INCAPACIDAD
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	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
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	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



51	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
52	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
53	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
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
59	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
60	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
61	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
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
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	AISLAMIENTO PREVENTIVO
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	AISLAMIENTO PREVENTIVO
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	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
84	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
85	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
86	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
87	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
88	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
89	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
90	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA

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

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**

91	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
93	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
94	1098719395	LEIDY CAROLINA TELLEZ RUIZ	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
95	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
96	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
97	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
98	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
99	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
100	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
101	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
102	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
103	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
104	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDONEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
105	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
106	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
107	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
108	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
109	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
110	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
111	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIP O	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDA D	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
8	CC	1.090.495.225	Maria Alejandra Vargas Palacios	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Dario Uva	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	1118533308	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
12	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO DESDE CASA POR AISLAMIENTO PREVENTIVO HASTA EL DIA 30 DE JULIO
13	CC	1118570378	Maria Natalia Cediell	Auxiliar de enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Medico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
15	CC	1118554078	Angela Consuelo Zipa	Regente de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
16	C.C	40402032	Adriana Victoria Corredor Tijeros	Auxiliar de farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
17	CC	33.480.734	Martha Cecilia Cordoba	Auxiliar de Farmacia	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL



3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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

Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

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

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



Careta de Seguridad



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

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada





FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

POLAINAS DESECHABLES NO ESTERIL

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

ELABORADO POR

Diona
DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA

REVISADO POR

Carlos
CARLOS MARCO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR


Juliana
JULIANA ZIGANDO PONCE

Copia Controlada



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



	FICHA TÉCNICA – LIFE 1095					
				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
Función:	Permite identificar el lote para realizar trazabilidad del producto, la referencia del respirador y el número único de identificación de NIOSH TC 84A-5350 garantía de la certificación.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empaque Individual. ✓ Empaque de 25 unidades ✓ Caja Máster 2.000 und Peso: 21 Kg Medias: 56 cm x 50cm x 61cm



SOSEGA®

Safety Solutions

INFORMACIÓN TÉCNICA

MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA
Con Válvula
Ref: 130730



APLICACIONES

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

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

CARACTERÍSTICAS

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

ESTÁNDARES Y REGULACIONES

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



INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

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

Paso 2

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

Paso 3

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

Paso 4

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

Paso 5

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

ADVERTENCIAS

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





LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO

DESCRIPCION:

- ✓ Cuales de exploración desechables, elaborados a base de látex natural, sin polvo y/o ligamiento polvados con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, mínima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeables, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, 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 455-3, EN 455-2 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			
	L			
Ancho de Palma (mm)	XS	70 ± 10		
	S	80 ± 10		
	M	95 ± 10		
	L	111 ± 10		
Espesor (mm)	Todas las tallas	Dedo: 0,08		
		Palma: 0,08 Bocamanga: 0,08		

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



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

3.2.1 Factura Regional Boyacá

Fecha Impresión: viernes, 21 de agosto de 2020 13:27

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 909.433.437-8

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

Fecha: 21/08/2020 1:27:24 p. m.

CUFE: Tee83aefb0e09ee6220947e9e93248a38e7bc54e42c0be7168779bede7e2ef
 de0f909e8e32273d1a4f7a20b1532bb4

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° FQE6013



Datos Generales

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5818123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FQXPD102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
Detalle: DC.7127 CE.2784 CMC#FC902 JERSALUD TUNJA 21-08-2020	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cent.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
19945396-13 - GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABON TOPICO BOLSA X 1000ML		INVIMA 2015M-0003464-R1	18/03/2020	24	0,00	0,00	\$ 37.800	\$ 907.200
302000665 - GORRO DESECHABLE TIPO ORUGA				1000	0,00	19,00	\$ 210	\$ 210.000

VALOR BRUTO:	\$ 1.117.200
IVA:	\$ 35.900
RETEFUENTE:	\$ 27.930
RETENCIÓN IVA:	\$ 0
RETENCIÓN ICA:	\$ 4.625

VALOR NETO FACTURA: \$ 1.124.545

TOTAL: UN MILLÓN CIENTO VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

Jersalud RADICADO
 909.433.437 S.A.S.

24 AGO 2020

No.FOLIO: Diana Figuera

RECIBIDO POR:

ELABORÓ

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

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

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 28/02/2020 prefiijo autorizado FQE Autoriza del PQE 1 AL PQE 27824 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. 774Y79 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 53089545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

Usuario Impresión: 53082545 - DIANA FIGUEROA



Fecha Impresión: viernes, 21 de agosto de 2020 16:12

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.633.437-8

Carrera 49 # 95-54 Barrio La Castellana
 TELEFONOS: (+57) 3167443440
 BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

Fecha: 21/08/2020 4:11:37 p. m.

CUFE: 7ee92bef9ab3de62205470deb0346a26e78c54e42c8be7158779bede7e2e0
 de89f9d9dc362373c1a2f1b32b1b32bb4

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4829 TARIFA (4.14*1000) POR COMPRAS. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

FACTURA DE VENTA N° FQE6036



Datos Generales

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 84-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 9818123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
Detalle: OC.8914 CE.2844 HB SUPPLIER #H9FE562 JERSALUD TUNJA 21-08-2020	

Producto	Lote	Invlms	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300101299 - GORROS DESECHABLES		0		2000	0,00	0,00	\$ 457	\$ 913.500

VALOR BRUTO: \$ 913.500
 IVA: \$ 0
 RETEFUENTE: \$ 22.838
 RETENCIÓN IVA: \$ 0
 RETENCIÓN ICA: \$ 3.752

TOTAL: OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/Cl.

VALOR NETO FACTURA: \$ 886.650

Jersalud RADICADO
 900.633.437-8 S.A.S

24 AGO 2020

No.FOLIO: *Jenni Rosales*
 RECIBIDO POR: *[Signature]*
 DE _____

ELABORÓ

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Atención y Promoción Jurídica
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 VIGILADO

Factura de venta electrónica con Autorización Numeración de Facturación N° 18763004712080 DEL 26/02/2020 preño autorizado FQE Autoriza del FQE 1 AL FQE 27824 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 ASSELA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774779 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 53089545 - DIANA PAOLA FIGUEROA MOJICA - FQ

Usuario Impresión: 53089545 - DIANA FIGUEROA

www.jersalud.com



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



		SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS NIT 901.222.551-7 Calle 9 No. 14-88 Tel: 5748246 Neiva - Colombia sumfamedic@hotmail.com				Factura electrónica de venta No. FE-89	
Señoras: JERSALUD SAS BOYACA NIT: 900.622.551-0 Dirección: CRA8 64 B 195 CENTRO COMERCIAL, NOGA, PLAZA local 210		Teléfono: 3219159617 Ciudad: Tunja - Colombia		Fecha y hora Factura Generación: 20/08/2020, 17:28 Expedición: 24/08/2020, 13:58 Vencimiento: 19/10/2020			
Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impo. Cargo	Impo. Reto.	Vr. Total
1	SOL-DROGA	PRUEBA RAPIDA COVID-19 KIT X 25 PRUEBAS	1.00	1,000,000.00	0 %	0 %	1,000,000.00
Valor en Letras: Un millón de pesos milde Condiciones de Pago: Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-19 por \$ 1,000,000.00 Observaciones: Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020							
				Total Bruto	1,000,000.00		
				Total a Pagar	1,000,000.00		
Observaciones: Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020							
A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este folio - Visto: Número Autorización 18764801380571 aprobado en 20200729 por FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses Responsable de I/A - Actividad Económica: Tarifa 3.5 CUIE: 84a6692216d6ba4309411cc770d519a4c8722145c71545011e4d93cedd75c3a430839945194e642e11e79044e27							

Elaborada y emitida electrónicamente por Siga S.A. E.N.E. C.R.E. C.A.R. 105-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303





NESTOR ANDRÉS DÍAZ ESPINOSA
 NIT: 1049618303-1
 Dirección: avenida norte # 64-128
 Teléfono: 3133256281
 E-mail: gerencia@distriapp.co
 Ciudad: Tunja
 Departamento: Boyacá

Factura Electrónica de Venta
No. DIST147
 FACTURAS ELECTRÓNICAS
 SIN RES No. 1874000646902
 Vigencia desde 14-07-2020 hasta 14-07-2022 DEL
 No. DIST1 A DIST1000

Cliente:	JERSALUD SAS	Fecha de Emisión:	13-08-2020 00:00:00
NIT / C.C.:	900622551 0	Fecha de Validación:	13-08-2020 12:17:39
Dirección:	CLL 135 #13 A - 58	Moneda Aplicable:	CCP
Teléfono:	3178856349	Fecha de Vencimiento:	13-10-2020
E-mail:	asistenteadmin.boyaca@jersalud.com	Forma de Pago:	Crédito
Ciudad:	Bogotá D.C.	Medio de Pago:	Acuerdo mutuo
Departamento:	Bogotá D.C.	Período de Facturación:	14-07-2020 - 14-07-2022
Régimen:	Impuesto sobre las ventas - IVA	Nro. Orden Compra:	
Cufe:	f18c56ade2f163e4a98d7d9e3de62d9c9c5922ed549f05bc8710a5075adef9b4f60a734e7c32a94f5e53379e34a9552		

DETALLES

Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Valor Unitario	Valor Total	Impuesto	Valor Total con Impuesto
1	PV-38-CL GAFAS AGUJAS ANTIEMPAJANTE CLARA 10M*	30.00	UNIDAD	7,500.00	0.00	0.00	225,000.00
- TOTAL DE LINEA 1 -							

DESCUENTOS Y RECARGOS GLOBALES

ANTICIPOS

NOTAS FINALES

REM 175

	Rete IVA	0.00
	Rete Fuente	0.00
	Rete ICA	0.00
	Valor a Pagar (COP)	225,000.00

Total Valor Bruto	225,000.00
Total Base Imponible	0.00
Total de Impuestos	0.00
Total Descuentos	0.00
Total Cargos	0.00
Total Anticipos	0.00
Valor Total (COP)	225,000.00

DESCUENTOS VENTAS: MIL DÓN 00/100 - COP

Nota:


Foto:

Firma Elaborado por:

Firma Recibido por:



3.2.2 Factura Regional Meta

	SOLICITUD INSUMOS MEDICO QUIRURGICO	F(GA)019
		nov-18
		Versión: 1
		Página: 1 de 4

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/08/2020


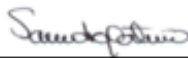
UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
48	TAPA BOCAS N95	CAJA	60
50	TIRAS CARESENS	CAJA X50U	6
59	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	12
60	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	4
80	TELA QUIRURGICA 50X50	ROLLO	1

FIRMAS	
SOLICITADO POR	<i>Olga Soledad Linares Corderas</i>
FIRMA	<i>Olga Soledad Linares Corderas</i>
NOMBRE	OLGA SOLEDAD LINARES CORDERAS
CARGO	Enfermera Especialista en Admón. Coordinadora de Salud Ocupacional Res. 0656/20
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Vigilado



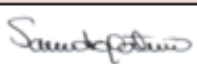
		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUCURSAL/SEDE:	PUERTO LOPEZ	FECHA:	20/08/2020
UNIDAD			
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA	10
2	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	100
3	CURAS REDONDAS	CAJA	1
4	ESPARADRAPO TELA SURTIDO	TUBO	1
5	GORROS	BOLSA	2
6	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	2
7	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	2
8	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	4
9	JERINGAS X 5CC	CAJA	2
10	SABANAS	90X2	20
11	TAPA BOCAS	CAJA	4
12	TAPA BOCAS N95	CAJA	6
13	TIRAS	NA	30
14	TORUNDAS	PQUETE	2
15	ALCOHOL GALON	GALON	2
16	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	2
17	JABON QUIRURGICO	TARO	2
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	sandra patiño		
CARGO			
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910332
VIGILADO





SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA			
SUCURSAL/SEDE:	GRANADA		
FECHA:	21-08-2020		
UNIDAD	CONSULTA EXTERNA		
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN	CRA 13 #12-59 BELEN		
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	AGUJA HIPODERMICA 18GX1	CAJA	
2	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2	CAJA	
3	AGUJA HIPODERMICA 23G X1/2	CAJA	
4	AGUJA HIPODERMICA 25G X5/8	CAJA	
5	AGUJAS #18	CAJA	
6	ALGODÓN	ROLLO	
7	ALGODÓN LAMINADO	BOLSA	
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U- 100U	
9	BAJA LENGUAS	CAJA	
10	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA	
11	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	40
12	COMPRESAS	BOLSA	
13	CONOS PARA OTOSCOPIO ADULTO	PAQUETE	
14	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	BOLSA	
15	CURAS REDONDAS	CAJA	
16	DISPOSITIVOS INTRAUTERINIO (DIUS)	UNIDAD	
17	EQUIPO MACROGOTEO	UNIDAD	
18	ESPARADRAPO TELA SURTIDO	TUBO	1
19	ESPARADRAPO ELASTICO 4'X11Y	CAJA	
20	ESPECULOS INDIVIDUALES	TALLA M	
21	ESPECULOS KIT	TALLA M	
22	FIXIMURT	NA	
23	FRASCO P.O	BOLSA	
24	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	2
25	GLUCOMETRO	NA	
26	GORROS	BOLSA	2
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	
28	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	2
29	GUANTES DE MANEJO	TALLA L	
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7	
31	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5	
32	GUANTES QUIRURGICOS 6,5	TALLA 6,5	
33	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	2
34	GUARDIAN PEQUENO	RECOLECTOR	
35	HOJAS DE BISTURY	CAJA	
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	
37	JERINGAS X 3CC	CAJA	
38	JERINGAS X 50CC	CAJA	
39	JERINGAS X 5CC	CAJA	
40	JERINGAS X1CC	CAJA	
41	LAMINILLAS	CAJA	
42	LANCETAS	NA	
43	MICROPORE 1/2X10 YD	CAJA	
44	MICROPORE 2X10YD	CAJA	2
45	PANITOS DE ALGODÓN CON ALCOHOL	CAJA	
46	SABANAS	90X2	
47	SONDA VESICAL	CJA	
48	TAPA BOCAS	CAJA	2
49	TAPA BOCAS N95	CAJA	1
50	TIRAS	NA	1
51	TORUNDAS	PQUETE	1
52	VASELINA	FRASCO	
53	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	2
54	YELCOS #18	CAJA	
55	LANCETAS BLOCD	CAJA	
56	ALCOHOL	FRASCO	
57	ALCOHOL GALON	GALON	2
58	CITOFUADOR	FRASCO SPRAY	
59	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	
60	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	1
61	GEL CONDUCTORULTRASONIDO	GALON	
62	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	
63	JABON QUIRURGICO	TARO	
64	JABON QUIRURGICO	TARO	
65	LIDOCAINA AL 1% TAPA VERDE	FRASCO	
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
67	SOLUCION SALINA 0,9%	BOLSA	3
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	5
69	YODO POVIDONA (ISODINE)	FRASCO	
70	JABON QUIRURGICO	GALON	
71	CIDEX OPA	GALON	
72	FORMOL	FRASCO	
73	ACEITE DE ALMENDRAS	FRASCO	
74	ISODINE ESPUMA	FRASCO	
75	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	FRASCO	
76	TINTURA BENJUI	FRASCO	
77	SOPORTE DE GUARDIANES GRANDES	NA	
78	SOPORTE DE GUARDIANES PEQUEÑOS	NA	
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	ANDREA SANTOS		
CARGO	ENFERMERA COORDINADORA DE SEDE		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



Jersalud S.A.S.		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUCURSAL/SEDE:	PUERTO GAITAN	FECHA:	20/08/2020
UNIDAD			
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	50
2	CURAS REDONDAS	CAJA	1
3	ESPECULOS KIT	TALLA M	20
4	GORROS	BOLSA	2
5	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	2
6	LANCETAS	NA	20
7	MICROPORE 1/2X10 YD	CAJA	2
8	SABANAS	90X2	10
9	TAPA BOCAS	CAJA	3
10	TAPA BOCAS N95	CAJA	5
11	ALCOHOL GALON	GALON	2
12	CITOFIJADOR	FRASCO SPRAY	1
13	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	2
14	JABON QUIRURGICO	TARO	1
15	ISODINE ESPUMA	FRASCO	1
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	sandra patiño romero		
CARGO	coordinadora puerto gaitan		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



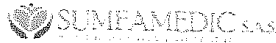
		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUCURSAL/SEDE:	ACACIAS	FECHA:	20/08/2020
UNIDAD			
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
11	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	50
21	ESPECULOS KIT	TALLA M	40
24	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	1
26	GORROS	BOLSA	2
33	GUARDIAN GRANDES 2,8 L	RECOLECTOR	2
34	GUARDIAN PEQUEÑO 1,3 L	RECOLECTOR	2
46	SABANAS CON RESORTE	PAQUETE	2
48	TAPA BOCAS	CAJA	5
49	TAPA BOCAS N95	CAJA	1
57	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	1
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
67	SOLUCION SALINA 0,9%	BOLSA	1
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	NATALIA VELASQUEZ		
CARGO	COORDINADORA (E) SEDE ACACIAS		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



Jersalud S.A.S.		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUBCENTRALIZAD E:	VILLAVICENCIO	FECHA:	ago-20
UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA		
CENTRO DE COS			
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO		
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
9	BAJA LENGUAS MADERA	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA x100 UN	1
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
30	GUANTES QUIRURJICOS	TALLA 7,5 CAJA X50UN	3
31	GUANTES DE NYLON	TALLA M CAJA 100XUN	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA X100UN	2
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	40
50	TAPA BOCAS N95	CAJA CAJA X50UN	1
53	VASELINA	FRASCO	2
	YELCOS #24	UND	10
55	YELCOS #22	UND	10
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
76	ISODINE ESPUMA	FRASCO X60ML	2
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
84	BOLSAS PARA ALIMENTACION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION: Kangaroo		15
85	BAJALENGUAS PLASTICO	PAQUETE X50UN	200
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	TALLA M UND	10
87	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION PEDIATRICA	UNIDADES	5
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA LARGA TALLA M	UNIDAD	100
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M	UNIDAD	100
91	BISOR		5
92	MONOGAFAS		20
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	2
95			
96			
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	RUTH BAQUERO		
CARGO	JEFE DOMICILIARIA		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



3.2.3 Cotización Regional Casanare



SUMINISTROS
 FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE
 COLOMBIA SAS
 NIT 901.222.881-7
 Calle 9 No. 14-68
 Tel: 8748248
 Neiva - Colombia
 sumfamedic@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FE-100

Señores	JERSALUD SAS YOPAL			Fecha de Factura	Fecha de Vencimiento
NIT	900.622.551-0	Teléfono	3213665735		
Dirección	CLL 40 23 99	Ciudad	Villavicencio - Colombia	2020-08-24	2020-10-23

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	20.00	3,600.00	0 %	0 %	76,000.00
2	EQRJCSLT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	2.00	4,201.89	19 %	0 %	10,000.02
3	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	2.00	29,000.00	0 %	0 %	58,000.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	50.00	1,900.00	19 %	0 %	113,050.00

Elaborado por Sifgo S.A.S NIT: 430.048.145-85-8

Valor en Letras: Doscientos cincuenta y siete mil cincuenta pesos m/cte con 0.02	Total Bruto	237,403.38
Condiciones de Pago: Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-23 por \$ 257,050.02	IVA 19%	19,646.64
	Total a Pagar	257,050.02

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

Jersalud
Jersalud
 S.A.S.
 NIT: 900622551-0
RECIBIDO
 NO IMPLICA ACEPTACION
 26-08-2020

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Casanare Nacional: 01800010303
VIGILADO



4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
				1 de 1								
Apellidos y Nombres Completos Leidy Payson Massey Guerrero			Cédula 1048846055	Unidad TUNJA								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 962 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	Manopla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Folanas		
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Leidy Massey
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Leidy Massey
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Leidy Massey
27 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Leidy Massey
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
				1 de 1								
Apellidos y Nombres Completos Melia Caño Díaz			Cédula 1047438691	Unidad Tunja								
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 962 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	Manopla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de lino	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Folanas		
27 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Melia Caño
28 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Melia Caño
29 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Melia Caño
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Melia Caño
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Melia Caño
27 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Melia Caño
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Noisy Espinoza A.	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. 595 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Cartera desechable	Tanabocas desechables	Tanabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
21 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
22 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
27 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</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.

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

Apellidos y Nombres Completos Johana Vargas	Cédula 1056800607	Unidad Tunja
---	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 595 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Cartera desechable	Tanabocas desechables	Tanabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
21 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
22 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
27 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</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 Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Julian Moreno	104638796	Tunja

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunters de látex	Gaunters de nitrilo	Gaunters de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 08 20				X						X		
22 08 20				X						X		
24 08 20				X						X		
25 08 20				X						X		
26 08 20				X						X		
27 08 20				X						X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Julian Moreno Identificado (a) con CC: 104638796, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Suárez Ruano	1002340134	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 desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunters de látex	Gaunters de nitrilo	Gaunters de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 08 20				X								
22 08 20				X								
24 08 20				X					X			
25 08 20				X								
26 08 20				X								
27 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rojas Camargo Maria Paula	1049632802	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.5.24, 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 NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
24 08 20				X								Maria Paula Rojas
24 08 20				X					X			Maria Paula Rojas
25 08 20				X								Maria Paula Rojas
26 08 20				X								Maria Paula Rojas
27 08 20				X								Maria Paula Rojas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
García Sepúlveda Dania Filadelfa	40048084	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 2.2.4.5.24, 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 NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
24 08 20				X								Dania Filadelfa Garcia
24 08 20				X					X			Dania Filadelfa Garcia
25 08 20				X								Dania Filadelfa Garcia
26 08 20				X								Dania Filadelfa Garcia
27 08 20				X								Dania Filadelfa Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Dania Filadelfa Garcia Sepúlveda identificado (a) con CC: 40048084, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

Apellidos y Nombres Completos Vasquez Nubia	Cédula 23-810-177	Unidad a. 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	
	Cinta	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 2020				X									
22 08 2020				X									
24 08 2020				X					X				
25 08 2020				X									
26 08 2020				X									
29 08 2020				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Zipa Vargas Giselle Andrea	Cédula 1049647500	Unidad Consulta Externa Adminis.
--	-----------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cinta	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20				X									andrea zipa
22 08 20				X									andrea zipa
24 08 20				X					X				andrea zipa
25 08 20				X									andrea zipa
26 08 20				X									andrea zipa
29 08 20				X									andrea zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 1049647500 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Arino Ximo	Cédula 40039607	Unidad Certuma
--	---------------------------	--------------------------

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 2.2.4.5.24, 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	Pólvoras		
20/08/2020	X	X	X	X	-	-	-	-	X	-	Telecomunicaciones	Ximo
24/08/2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	Telecomunicaciones	Ximo
25/08/2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	Telecomunicaciones	Ximo
26/08/2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	Telecomunicaciones	Ximo
27/08/2020	X	X	X	X	-	-	X	-	X	-	Telecomunicaciones	Ximo
DD MM AA												

Yo, Arino Ximo 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Pedraza Vargas María Juana	Cédula 40019103	Unidad Consulta externa - Nutrición
--	---------------------------	---

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 2.2.4.5.24, 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	Pólvoras		
22/08/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
22/08/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
23/08/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
25/08/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
26/08/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
29/08/2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910333
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ylancio Ayala Jhon Jhon	40.038562	CP consultor externo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.5.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Botinas		
21 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Jhon Ayala
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Jhon Ayala
25 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	casaca desechable adim	Jhon Ayala
26 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	uso bata desechable adim	Jhon Ayala
27 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		Jhon Ayala
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Juz Amparo Cepeda	40027046	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 2.2.4.5.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Botinas		
21 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Teleconsultz	Juz Amparo Cepeda
24 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Teleconsultz	Juz Amparo Cepeda
25 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	1 asistente teleconsultz	Juz Amparo Cepeda
26 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Teleconsultz	Juz Amparo Cepeda
27 08 20	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	Preventivo	Juz Amparo Cepeda
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juz Amparo Cepeda identificado (a) con CC: 40027046, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

Apellidos y Nombres Completos Durán Joel	Cédula 1124023697	Unidad E 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		
21/8/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
22/8/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
24/8/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
25/8/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
26/8/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
27/8/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos MONICA VEGAROLA JUZ MARINA	Cédula 40036857	Unidad CONSULTA EXTERNA
--	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21/08/20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Prioritaria	[Firma]
22/08/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
24/08/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
25/08/20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	Prioritaria	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sonia G. Alvarado</i>	Cédula <i>77'25077</i>	Unidad
--	----------------------------------	-------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, 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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
21 08 20	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
24 08 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		
25 08 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		
26 08 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		
27 08 20	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Sonia G. Alvarado* identificado (a) con CC: *77'25077*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Gerson David Gonzalez</i>	Cédula <i>104963877</i>	Unidad <i>Tunjo-</i>
--	-----------------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
21 08 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gerson David Gonzalez</i>
27 08 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		
24 08 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		
25 08 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		
26 08 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		
27 08 20	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Gerson David Gonzalez* identificado (a) con CC: *104963877*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos José Gabriel Díaz Jara	Cédula 7180163	Unidad C-Exter
--	--------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Jara
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X		Jara E
25 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Jara E
26 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Jara E
27 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		Jara E
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos Belancor Becerra Zubizarain	Cédula 1052399313	Unidad 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	Polainas			
24 08 2020				X									Zubizarain
24 08 2020				X					X				Zubizarain
25 08 2020				X									Zubizarain
26 08 2020				X									Zubizarain
27 08 2020				X									Zubizarain
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Belancor Becerra Zubizarain 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 Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yoly Patricia Ovalle P	23324561	Enfermera

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		[Firma]
22 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Hector Alvarez Henao	1092616557	Cextena

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
25 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
25 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		[Firma]
26 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
27 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Hector Alvarez Henao Identificado (a) con CC: 1092616557, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800019033
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Fernandez Adrian Claudio Isabel</i>	<i>46361131</i>	<i>C SISTEMA TUNTA</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIE con válvula	Gautes de lites	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polaritas			
21 08 2020	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	<i>Adrian Fernandez</i>
22 08 2020	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	<i>Adrian Fernandez</i>
24 08 2020	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	<i>Adrian Fernandez</i>
25 08 2020	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	<i>Adrian Fernandez</i>
26 08 2020	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	<i>Adrian Fernandez</i>
27 08 2020	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	<i>Adrian Fernandez</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Claudio Isabel Fernandez Adrian* 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Diana Yanira Ibanez Diaz</i>	<i>33377254</i>	<i>Consulta Externa</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIE con válvula	Gautes de lites	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polaritas			
21 08 20	X			X					X				<i>Diana Ibanez</i>
24 08 20	X			X					X				<i>Diana Ibanez</i>
25 08 20	X			X					X				<i>Diana Ibanez</i>
26 08 20	X			X					X				<i>Diana Ibanez</i>
27 08 20	X			X					X				<i>Diana Ibanez</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodriguez Numpage Claudia	1049642865	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. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Claudia R.
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
27 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Josua Fonseca Juan Anaco	110265548	Lab. LATEANA TINGE

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 45 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
24 8 20				X									Josua Fonseca
22 8 20	X			X									Josua Fonseca
21 8 20	X			X					X				Josua Fonseca
26 8 20	X			X									Josua Fonseca
27 8 20				X									Josua Fonseca
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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



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

Apellidos y Nombres Completos Gilms Raul	Cédula 33367367	Unidad 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
	Cofre	Monopieles de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	NO	<i>Cesal</i>
22 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	NO	<i>Cesal</i>
24 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	NO	<i>Cesal</i>
25 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	<i>Cesal</i>
26 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	NO	<i>Cesal</i>
27 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	NO	<i>Cesal</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gilms Raul 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Torres Acevedo Sandra Milena	Cédula 46378245	Unidad 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
	Cofre	Monopieles de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20				X		X							<i>Sandra Milena Torres</i>
27 08 20				X		X							<i>Sandra Milena Torres</i>
24 08 20				X		X							<i>Sandra Milena Torres</i>
25 08 20				X		X							<i>Sandra Milena Torres</i>
26 08 20				X		X							<i>Sandra Milena Torres</i>
27 08 20	X			X		X			X				<i>Sandra Milena Torres</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 0800910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Samuel Mesa	23228436	C-CCF

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 685 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogras de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
21 08 20				X		X								Samuel Mesa
24 08 20				X		X								Samuel Mesa
25 08 20				X		X								Samuel Mesa
25 08 20				X		X								Samuel Mesa
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Samuel Mesa identificado (a) con CC: 23228436, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Anderson Duvo Vaca	1054654729	C-CCF

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 685 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogras de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
21 08 20				X										Anderson Duvo Vaca
22 08 20				X										Anderson Duvo Vaca
24 08 20				X										Anderson Duvo Vaca
25 08 20				X										Anderson Duvo Vaca
26 08 20				X										Anderson Duvo Vaca
27 08 20				X										Anderson Duvo Vaca
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Anderson Duvo Vaca identificado (a) con CC: 1054654729, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos Jennifer Mateo S Lopez	Cédula 1.049.639.115	Unidad Asistencia
--	--------------------------------	-----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 08 20				X								Jennifer Mateo S.
22 08 20				X								Jennifer Mateo S.
24 08 20				X					X			Jennifer Mateo S.
25 08 20				X								Jennifer Mateo S.
26 08 20				X								Jennifer Mateo S.
27 08 20				X								Jennifer Mateo S.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos John E. Sanchez	Cédula 7188191	Unidad Gto. Cisterna
---	--------------------------	--------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 08 20				X					X			[Signature]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Bedagos Aguirre Erika Joana</u>	Cédula <u>10524103488</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
--	-------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinax		
21 08 20				X						X		
24 08 20				X						X		
25 08 20				X						X		
26 08 20				X						X		
27 08 20				X						X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Erika Joana Bedagos Aguirre identificado (a) con CC: 10524103488, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Jenny Gabriela Gutierrez Martinez</u>	Cédula <u>1052314070</u>	Unidad <u>Administrativa</u>
--	------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinax		
21 08 20				X								
24 08 20									X			
25 08 20				X								
26 08 20				X								
27 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas			
01 08 20	X			X					X			1 Tapaboca - 1 bata - 1 gorro	[Firma]
02 08 20	X			X					X			4 Tapabocas - 1 bata - 1 gorro	[Firma]
10 08 20	X			X					X			5 tapabocas 1 bata 1 gorro	[Firma]
18 08 20	X			X					X			1 cofia - 1 tapaboca - 1 bata	[Firma]
24 08 20	X			X					X			1 cofia - 5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lina Isabel Zabala Mancipe Identificado (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.

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

Apellidos y Nombres Completos Pira Quica Sonia Mabel	Cédula cc: 33.365.493	Unidad Asistencial.
--	---------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas			
27 07 20	X			X					X			4 tapabocas	[Firma]
05 08 20	X			X					X			4 tapabocas	[Firma]
10 08 20	X			X					X			5 tapabocas	[Firma]
18 08 20	X			X					X			4 tapabocas	[Firma]
24 08 20	X			X					X			5 tapabocas - Bata	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sonia Mabel Pira Identificado (a) con CC: 33.365.493, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>Orualdo Gutierrez</i>	<i>91244689</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		
27 7 20	1			4					1			<i>Orualdo</i>
27 7 20	5			5					5			<i>Orualdo</i>
27 7 20	2			2		2			2		1 Respirador M500	<i>Orualdo</i>
30 8 MM 20	4			4					4			<i>Orualdo</i>
10 9 MM 20 AA	5			6					6			<i>Orualdo</i>
10 9 MM 20	4			6					4			<i>Orualdo</i>
18 9 MM 20	4			6					4			<i>Orualdo</i>
24 8 20	6			6					6			<i>Orualdo</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Orualdo 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.**

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<i>RODRIGUEZ RAMIRO VENI</i>	<i>79 536444</i>	<i>Asistencial</i>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 07 2020	✓			5					1		Tapabocas AG	<i>Ramiro</i>
20 07 2020	✓			4					1		Tapabocas A4	<i>Ramiro</i>
27 07 2020	✓			5					1		Tapabocas H5	<i>Ramiro</i>
03 08 2020	✓			4					1		Tapabocas A4	<i>Ramiro</i>
10 08 2020	✓			5					4		Tapabocas H5	<i>Ramiro</i>
18 08 2020	✓			5					4			<i>Ramiro</i>
24 08 2020	✓			5					5			<i>Ramiro</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Ramiro Rodríguez Veni identificado (a) con CC: 79 536444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Chaparro Chaparro Diana Sofía	1002461363	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 07 20	x			X					X	X	.5 tapabocas	<i>Diana Sofía</i>
24 07 20	x			x					x	x	3 tapabocas	<i>Diana Sofía</i>
27 07 20	x			x					x	x	5 tapabocas, 3 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
03 08 20	x			x					x	x	5 tapabocas, 2 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
10 08 20	x			x					x	x	5 cofia + tapabocas,	<i>Diana Sofía</i>
20 08 20	x			x					x	x	5 + tapabocas, 2 Polainas	<i>Diana Sofía</i>
24 08 20	x			x					x	x	5 tapabocas, 2 polainas	<i>Diana Sofía</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07 08 20	x			x					x		Ninguna	<i>David Naveal</i>
08 08 20	x			4					x			<i>David Naveal</i>
10 08 20	x			x					x		6 Tapabocas	<i>David Naveal</i>
18 08 20	x			x					x		4 Tapabocas, 1 Bata, 1 Cofia	<i>David Naveal</i>
24 08 20	x			x					x		5 Tapabocas, 1 Bata, 1 cofia	<i>David Naveal</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, David Naveal 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Triana Triana Hidyaly	46458143	Durtama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X					X			2 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
23 06 20	X			X					X			4 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
30 06 20				X					X			5 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
06 07 20				X					X			5 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
13 07 20				X					X			6 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
20 07 20				X					X			4 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
27 07 20	X			X					X			6 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
03 08 20	X			X					X			4 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
10 08 20	X			X					X			6 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
18 08 20	X			X					X			4 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
24 08 20	X			X					X			6 Tapabocas	<i>[Firma]</i>
DD MM AA													

Yo, Hidyaly 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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
06 07 20				X					X			1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
13 07 20				X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
21 07 20				X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
27 07 20	X			X					X			5 batas 5 tapabocas	DIANA ACERO
03 08 20				X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
10 08 20	X			X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
18 08 20	X			X					X			1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
24 08 20	X			X					X			1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000190303
VIGILADO



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Soğamoso

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	1.049631798	Soğamoso

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
10 08 20				X							X	5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
18 08 20				X							X	5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
24 08 20				X							X	5 Tapabocas y Gomas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Deisy Carolina 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Cely Perez Sergio Ricardo	74.08349	Farmacia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Cal
10 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Cal
18 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Cal
24 08 20	X			X							X	epp 5 unidades clid	Sergio Cal
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sergio Cely Pérez Identificado (a) con CC: 74083349, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Beravidó P. María Constanza</u>	<u>46370222</u>	<u>Seguros</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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
30/08/2020				X							X	epp. 5 Tapabocas y como	M. Constanza B.
19/08/2020				X							X	epp	M. Constanza B.
29/08/2020				X							X	epp 5 tapabocas y como	M. Constanza B.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Ana Ramirez López</u>	<u>46366015</u>	<u>Seguros</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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólintas			
3/08/20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas y como	Ana Ramirez
10/08/20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas y como	Ana Ramirez
18/08/20	X			X							X	epp	Ana Ramirez
24/08/20	X			X							X	EPP 5 tapabocas y como	Ana Ramirez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Dña Monja Brigitte Dupin	105757181	Sagamato

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas			
03 08 20	X			X							X	EPP 5 Gorros 5 Tapabocas	[Firma]
10 08 20	X			X							X	E-PP 5 Tapabocas 5 Gorros	[Firma]
18 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas 5 Gorros	[Firma]
24 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas 5 Gorros	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Dña Monja Brigitte Dupin identifico (a) con CC: 105757181, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Luis Ruth Gaitán Vargas	105871757	Sagamato

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas			
03 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas 4 Gorros	Luis Ruth Gaitán
10 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas 4 Gorros	Luis Ruth Gaitán
18 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas 4 Gorros	Luis Ruth Gaitán
24 08 20	X			X							X	EPP 5 Tapabocas 4 Gorros	Luis Ruth Gaitán
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Luis Ruth Gaitán Vargas identifico (a) con CC: 105871757, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos MILENA ANDREA QUINTERO TERRES	Cédula 46455020	Unidad JERSALUD SOGAMOSO
---	---------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03/08/2020	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
10/08/2020	X			X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
18/08/2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
24/08/2020	X			X					X		EPP 5 tapabocas y Gomas	MILENA QUINTERO
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Daisy Vargas Parera	Cédula 1057585417	Unidad Sogamoso
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03/08/2020				X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Daisy Vargas
DD MM AA				X					X		EPP 5 Tapabocas y Gomas	Daisy Vargas
18/08/2020				X					X		EPP 5 tapabocas	Daisy Vargas
24/08/2020				X					X		EPP 5 tapabocas	Daisy Vargas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Olivera Lopez</u>	Cédula <u>860266</u>	Unidad <u>Seguridad</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		
09 08 20	X			X					X		5 Tapabocas y 4 Gorros	<i>[Signature]</i>
10 08 20	X			X					X		5 Tapabocas y 6 Gorros	<i>[Signature]</i>
18 08 20	X			X					X		5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
29 08 20	X			X							5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Olivera Lopez Identificado (a) con CC: 860266, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Malaver Alejandra Sandra</u>	Cédula <u>46672546</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		
03 08 20				X					X		5 Tapabocas 5 Gorros	<i>[Signature]</i>
10 08 20				X					X		5 Tapabocas 5 Gorros	<i>[Signature]</i>
18 08 20				X					X		Elementos P.P. (5 Gorros) 5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
21 08 20				X					X		Elementos P.P. 5 Gorros 5 Tapabocas	<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Controladora Nacional: 01800019033
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		Versión: 3 ago-19 1 de 1
	Apellidos y Nombres Completos Camilo Lopez Cesar		Cédula 9530770
			Unidad CExt Sup

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20				X					X			epp 5 tapabocas y caretas	<i>[Signature]</i>
10/08/20				X					X			"	<i>[Signature]</i>
13/08/20				X					X			epp 5 tapabocas caretas	<i>[Signature]</i>
24/08/20				X					X			epp 5 tapabocas y caretas	<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, Cesar Camilo 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.

4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1
	Apellidos y Nombres Completos SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN		Cédula 1053340626
			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			
15/08/2020				X									Shirley
18/08/2020	X			X					X				Shirley
19/08/2020				X									Shirley
20/08/2020				X									Shirley
21/08/2020				X									Shirley
24/08/2020				X					X				Shirley
25/08/2020				X									Shirley
26/08/2020	X			X									Shirley
27/08/2020				X									Shirley
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Shirley Eliana Roncancio Balen Identificado (a) con CC: 1053340626, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	23.730.499	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		
15 08 2020				X								Samira C
18 08 2020				X								Samira C
19 08 2020				X								Samira C
20 08 2020				X								Samira C
21 08 2020				X								Samira C
22 08 2020				X								Samira C
24 08 2020	X			X					X			Samira C
25 08 2020				X								Samira C
26 08 2020				X								Samira C
27 08 2020				X								Samira C
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ		

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
20 08 2020				X								Erika
21 08 2020				X								Erika
22 08 2020				X								Erika
24 08 2020	X			X					X			Erika
25 08 2020	X			X					X			Erika
26 08 2020				X					X			Erika
27 08 2020				X					X			Erika
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	1073380836	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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			
20 08 20				X									
21 08 2020				X									
22 08 2020	X			X					X				
25 08 2020				X									
26 08 2020				X									
27 08 2020				+									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	1053348189	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 08 20	X			X					X				
19 08 20				X									
20 08 20				X									
21 08 2020				X									
22 08 2020				X									
24 08 2020				X					X				
25 08 2020				X									
26 08 2020				X									
27 08 2020				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	Cédula	Unidad
---	---------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 08 2020	X			X							X		Melissa C
19 08 2020				X									Melissa C
20 08 2020				X									Melissa C
21 08 2020				X									Melissa C
22 08 2020				X									Melissa C
24 08 2020	X			X							X		Melissa C
25 08 2020				X									Melissa C
26 08 2020				X									Melissa C
27 08 2020				X									Melissa C
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos JENNIFER KATHERINE BALEN ROMERO	Cédula 1002526470	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 08 2020	X			X							X		Jennifer Ballén
17 08 2020				X									Jennifer Ballén
18 08 2020				X									Jennifer Ballén
19 08 2020				X									Jennifer Ballén
20 08 2020				X									Jennifer Ballén
21 08 2020				X									Jennifer Ballén
24 08 2020	X			X							X		Jennifer Ballén
25 08 2020				X									Jennifer Ballén
26 08 2020				X									Jennifer Ballén
27 08 2020				X									Jennifer Ballén
DD MM AA													Jennifer Ballén
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guautes de látex	Guautes de nitrilo	Guautes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
19 08 20				X								
20 08 20				X								
21 08 20				X								
22 08 20				X								
24 08 20	X			X					X			
25 08 20				X								
26 08 20				X								
27 08 20				X								
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.

4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Camacho Nieto Mary	33676746	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 N95 con válvula	Guautes de látex	Guautes de nitrilo	Guautes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
21 08 20	X			X					X			
24 08 20	X			X					X			
25 08 20	X			X					X			
26 08 20	X			X					X			
27 08 20	X			X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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



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

Apellidos y Nombres Completos Santica Daza Dora Kocio	Cédula 1020752786	Unidad Galapagos-Guayaquil
---	-----------------------------	--------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
21 08 20	X	X	X	X	X				X	X		
24 08 20	X	X	X	X	X				X	X		
25 08 20	X	X	X	X	X				X	X		
26 08 20	X	X	X	X	X				X	X		
27 08 20	X	X	X	X	X				X	X		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Dora Santica 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Armando I Ramirez Martinez	Cédula 531407	Unidad Borepa
--	-------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
24 08 20		X		X	X				X			
25 08 20		X		X	X				X			
26 08 20		X		X	X				X			
27 08 20		X		X	X				X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Carcedo Avila Jenny Marleny	33076330	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20	X	X	X	X		X			X	X			Jenny C.
24 08 20	X	X	X	X		X			X	X			Jenny C.
25 08 20	X	X	X	X		X			X	X			Jenny C.
26 08 20	X	X	X	X		X			X	X			Jenny C.
27 08 20	X	X	X	X		X			X	X			Jenny C.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Marleny Carcedo Avila Identificado (a) con CC: 33076330, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Castillo Morales Jedy Andrea	1048846141	Garagoa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20	X			X					X				Jedy Castillo
24 08 20	X			X					X				Jedy Castillo
25 08 20	X			X					X				Jedy Castillo
26 08 20	X			X					X				Jedy Castillo
27 08 20	X			X					X				Jedy Castillo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000191333
VIGILADO



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yoly Muñoz Romo	101418887	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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 08 20	X			X							X		Yoly Muñoz
24 08 20	X			X							X		Yoly Muñoz
25 08 20	X			X							X		Yoly Muñoz
26 08 20	X			X							X		Yoly Muñoz
27 08 20	X			X							X		Yoly Muñoz
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Muñoz Romo Identificado (a) con CC: 101418887, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Yanibe Velásquez	1049795603	Jersalud 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
22 08 20	X			X							X		Yanibe
24 08 20	X			X							X		Yanibe
25 08 20	X			X							X		Yanibe
26 08 20	X			X							X		Yanibe
27 08 20	X			X							X		Yanibe
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 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
PUPU MORENO MELISSA	10487253-17	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
21 08 20			X	X		X								
24 08 20			X	X		X								
25 08 20			X	X		X								
26 08 20			X	X		X				X				
27 08 20			X	X		X				X				
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Melissa Pupu Moreno Identificado (a) con CC: 10487253-17, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Danecki Castro	1049799152	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
21 08 20	X	X	X	X		X								
22 08 20	X	X	X	X		X								
24 08 20	X	X	X	X		X								
25 08 20	X	X	X	X		X								
26 08 20	X	X	X	X		X				X				
27 08 20	X	X	X	X		X				X				
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Danecki Castro Identificado (a) con CC: 1049799152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 08 20				X					X			Deisy Garcia
25 08 20				X								Deisy Garcia
26 08 20				X								Deisy Garcia
27 08 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 08 20				X					X			Blanco
25 08 20				X								Blanco
26 08 20				X								Blanco
27 08 20				X								Blanco
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 A Identificado (a) con CC: 63529281, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos v Nombres Completos	Cédula	Unidad
SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	1054682570	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		
24 08 20				X					X			Leidy Saenz
25 08 20				X								Leidy Saenz
26 08 20				X								Leidy Saenz
27 08 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Leidy 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.

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

Apellidos v Nombres Completos	Cédula	Unidad
NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	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		
18 08 20				X		X			X			Apertura de Caja x 100 unidades Guantes
19 08 20				X								
20 08 20				X								
21 08 20												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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 Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	Cédula 23783002	Unidad MONQUIRA
---	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, 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		
24 08 20				X					X		J. GONDO	Silvia Peña
25 08 20				X	X						Tapabocas N95 sin válvula	Silvia Peña
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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.

4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

Apellidos y Nombres Completos MILDER ASTRID MARTINEZ	Cédula 23522660	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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 8 2020					1							Hilder A Martinez
22 8 2020					1							Hilder A Martinez
24 8 2020	1				1					1		Hilder A Martinez
25 8 2020					1							Hilder A Martinez
26 8 2020					1							Hilder A Martinez
27 8 2020					1							Hilder A Martinez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Version: 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			
21				1		2							<i>Isabel Serrano</i>
22				1									<i>Isabel Serrano</i>
24	1			1	1	5			1			N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio	<i>Isabel Serrano</i>
25				1		2							<i>Isabel Serrano</i>
26				1		4							<i>Isabel Serrano</i>
27						5							<i>Isabel Serrano</i>
DD	MM	AA											

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
24	1			1					1				<i>Alix Margarita Acevedo</i>
25				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
26				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
27				1									<i>Alix Margarita Acevedo</i>
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033	
		Versión: 3	
		ago-19	
		1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad
DEISY LILIANA ESTEVES		1052020668	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21					1								<i>[Signature]</i>
22					1								<i>[Signature]</i>
24		1			1				1		N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial uso de M500 con filtro M400		<i>[Signature]</i>
25					1								<i>[Signature]</i>
26					1								<i>[Signature]</i>
27					1								<i>[Signature]</i>
00	MM	AA											

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033	
		Versión: 3	
		ago-19	
		1 de 1	
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad
MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO		1140868607	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21					1	1	2				entrega de un N95		<i>[Signature]</i>
23		1			1		1		1		uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400		<i>[Signature]</i>
25					1		1						<i>[Signature]</i>
26					1		2						<i>[Signature]</i>
27					1		2						<i>[Signature]</i>
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											
00	MM	AA											

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

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

Apellidos y Nombres Completos Antory Gutierrez y Luis Acosta Wilson	Cédula 16.891.468	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Morongo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20			X	X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
06 08 20			X	X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
10 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
11 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
12 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
13 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
14 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
15 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
16 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
17 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
18 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
19 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
20 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
21 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
22 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
23 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
24 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
25 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
26 08 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]

Yo, Antory Gutierrez identificado (a) con CC: 16.891.468 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Antory Gutierrez, Luis Acosta y Wilson Gutierrez	Cédula []	Unidad Asistencial
--	----------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Morongo de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 06 20				X							JERSALUD le dio tapabocas	[Firma]
28 06 20												
29 06 20												
30 06 20												
01 07 20												
02 07 20												
03 07 20												
04 07 20												
05 07 20												
06 07 20												
07 07 20												
08 07 20												
09 07 20												
10 07 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Davara Caroto	1002449166	

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Celofa	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
23 08 20	X			X								60110	Angie Floris del
24 08 20	X			X								60116	Angie Floris del
26 08 20	X			X									Angie Floris del
27 08 20	X			X									Angie Floris del
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, Angie Davara Caroto Identificado (a) con CC: 1002449166, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Ruby Ruiz	23623995	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. 992 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Celofa	Monogate de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
20 08 20				X									Angie Floris del
21 08 20				X									Angie Floris del
22 08 20	X			X								60110	Angie Floris del
23 08 20				X								60110	Angie Floris del
24 08 20				X								60110	Angie Floris del
25 08 20				X								60110	Angie Floris del
26 08 20				X								60110	Angie Floris del
27 08 20				X								60110	Angie Floris del
28 08 20				X								60110	Angie Floris del
29 08 20				X								60110	Angie Floris del
30 08 20				X								60110	Angie Floris del
31 08 20				X								60110	Angie Floris del

Yo, Ruby Ruiz Identificado (a) con CC: 23623995, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ruby Ruiz	23623995	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
	Colla	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 08 19	X			X								
27 08 19	X			X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Ruby Ruiz Identificado (a) con CC: 23623995, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Diany Darle Mejias	52921438	Gracia - 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
	Colla	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20				X								
10 08 20				X								
11 08 20				X								
15 08 20				X								
16 08 20				X								
18 08 20				X								
19 08 20				X								
23 08 20				X								
24 08 20				X								
25 08 20				X								
26 08 20				X								

Yo, Diany Darle Mejias Identificado (a) con CC: 52921438, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Diana Lorena Norte	52479438	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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 08 20				X									<i>Diana Lorena Norte</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													
DD MM AA													

Yo, Diana Lorena Norte Identificado (a) con CC: 52479438, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Sandra Peralta	40330585	Vicio - 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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
26 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
20 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
17 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
15 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
14 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
15 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
18 08 20				X								incapacitada	<i>Sandra Peralta</i>
20 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
21 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
24 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>
25 08 20				X									<i>Sandra Peralta</i>

Yo, Sandra Patricia Peralta 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandra Pinalosa	4033085	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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 08 20				X								
27 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Pinalosa Pina Identificado (a) con CC: 4033085. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	40389819	Jorjela Ulen

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
18 08 20				X								
19 08 20				X								
20 08 20				X								
21 08 20				X								
24 08 20				X								
25 08 20				X								
26 08 20				X								
27 08 20				X								

Yo, Olga Soledad Linares C 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 Corrala Nacional: 018000190303
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
Paola Tulibila	1121926326	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogasta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 08 20				X								Paola Tulibila
25 08 20				X								Paola Tulibila
26 08 20				X								Paola Tulibila
27 08 20				X								Paola Tulibila
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, Paola Tulibila P. Identificado (a) con CC: 1121926326, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Miguel Reina Walters	1121853253	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogasta 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								
11 09 20				X								
13 09 20				X								
16 09 20				X								
19 09 20				X								
24 09 20			X	X								
26 09 20				X								
27 09 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Miguel Reina Walters Identificado (a) con CC: 1121853253, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Melo Gonzalez Karen Emilia	Cédula 3.121.926.625	Unidad Administrativa
--	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas tipo con ligas con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08 08 20				X									
06 08 20				X									
27 08 18				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Karen Emilia Melo Gonzalez Identificado (a) con CC: 3.121.926.625, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Jenny Gutierrez	Cédula 1121980489	Unidad Asistencial
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Ceifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas tipo con ligas con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 08 20				X									
16 08 20				X									
27 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gutierrez Identificado (a) con CC: 1121980489, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Controladora Nacional: 018000910333



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Maria Mateus	104278902	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			
25 08 20				X									Maria Mateus
26 08 20				X									Maria Mateus
28 08 20				X									Maria Mateus
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													

Yo, Maria Fernanda Mateus Garcia identificado (a) con CC: 104278902, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Galindo Parra Paola Andrea	1.121.859.254	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			
05 08 20				X									Paola G
06 08 20				X									Paola G
08 08 20				X									Paola G
09 08 20				X									Paola G
10 08 20				X									Paola G
11 08 20				X									Paola G
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													
DD DD AA													

Yo, Paola Andrea Galindo Parra identificado (a) con CC: 1.121.859.254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Duvan Villegas	1.127.390.598	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
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 08 20				X									Duvan Villegas
26 08 20				X									Duvan Villegas
27 08 20				X									Duvan Villegas
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, Duvan Fernan Villegas Flores identificado (a) con CC: 1.127.390.598 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sebastian Falla	1127916803	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
	Coifa	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
25 08 20				X									Sebastian Falla
26 08 20				X									Sebastian Falla
27 08 20				X									Sebastian Falla
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, Sebastian Falla identificado (a) con CC: 1127916803 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Londoro Ovaras Aiza Cristina	1.120.504.110	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monopatía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
05/08/20		X		X								
06/08/20				X								
07/08/20				X								
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, Aiza Cristina Londoro Ovaras identificado (a) con CC: 1.120.504.110, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Bailla Mendez Maria Jose	1.110.581.358	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monopatía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas		
05/08/20		X		X								
06/08/20				X								
07/08/20				X								
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, Maria Jose Bailla identificado (a) con CC: 1.110.581.358, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Santana Montoya Jhoan	1.006.773.398	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	Pólintas			
05 08 20				X									Jhoan Santana M.
06 08 20		X		X									Jhoan Santana M.
08 08 20				X									Jhoan Santana M.
09 08 20				X									Jhoan Santana M.
10 08 20				X									Jhoan Santana M.
11 08 20				X									Jhoan Santana M.
12 08 20				X									Jhoan Santana M.
13 08 20				X									Jhoan Santana M.
14 08 20				X									Jhoan Santana M.
15 08 20				X									Jhoan Santana M.
16 08 20				X									Jhoan Santana M.
17 08 20				X									Jhoan Santana M.
18 08 20				X									Jhoan Santana M.
19 08 20				X									Jhoan Santana M.
20 08 20				X									Jhoan Santana M.
21 08 20				X									Jhoan Santana M.
22 08 20				X									Jhoan Santana M.

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jhoan Sneider Santana M.	1006773398	A

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, 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	Pólintas			
26 08 20				X									Jhoan S.M.
27 08 20				X									Jhoan S.M.
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													
DD													

Yo, Jhoan Santana Montoya 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Angie Machado</u>	Cédula: <u>1121930795</u>	Unidad: <u>Asistencial</u>
--	------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Celofa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NRS con ventilla	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 08 20		X		X							6000	
18 08 20				X							6000	
19 08 20				X							6000	
20 08 20				X							6000	
21 08 20				X							6000	
24 08 20			X	X							6000	
25 08 20				X							6000	
26 08 20				X							6000	
27 08 20				X							6000	
28 08 20												
29 08 20												
30 08 20												
31 08 20												
01 09 20												
02 09 20												

Yo, Angie Juicy Machado R. Identificado (a) con CC: 1121930795, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Emmanuel Guerrero</u>	Cédula: <u>1121816223</u>	Unidad: <u>Asistencial</u>
--	------------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Celofa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NRS con ventilla	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
12 08 20		X		X							6000	Emmanuel G.
13 08 20				X							6000	Emmanuel G.
14 08 20				X							6000	Emmanuel G.
15 08 20				X							6000	Emmanuel G.
16 08 20				X							6000	Emmanuel G.
17 08 20				X							6000	Emmanuel G.
18 08 20				X							6000	Emmanuel G.
19 08 20				X							6000	Emmanuel G.
20 08 20				X							6000	Emmanuel G.
21 08 20				X							6000	Emmanuel G.
22 08 20				X							6000	Emmanuel G.
23 08 20				X							6000	Emmanuel G.
24 08 20				X							6000	Emmanuel G.
25 08 20				X							6000	Emmanuel G.
26 08 20				X							6000	Emmanuel G.
27 08 20		X		X							6000	

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Carolina Barbosa	121233197	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	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
10/08/19				X									Andrea Barbosa
11/08/19				X									Andrea Barbosa
12/08/19		X		X								Corro	Andrea Barbosa
13/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
14/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
15/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
18/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
19/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
20/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
21/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
22/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa
23/08/19				X								Corro	Andrea Barbosa

Yo, Andrea Carolina Barbosa Uliaga Identificado (a) con CC: 121233197, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Carolina Barbosa		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	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
26/08/19	X			X									Andrea Barbosa
27/08/19	X			X									Andrea Barbosa
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/AA													
DD/AA/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 Corrala Nacional: 018000910302

Jersalud **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

F(GTH)033
 Versión: 3
 ago-19
 1 de 1

Apellido y Nombres Completos: Gabriel Baulonia Cédula: 106315205 Unidad: Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Casaca	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
15 08 20				X									
19 08 20		X		X								también se entregó sombrero	
19 08 20				X								Guante Goro	
23 08 20				X								Goro	
24 08 20				X								Goro	
25 08 20				X								Goro	
26 08 20				X								Goro	
27 08 20				X								Goro	
28 08 20				X								Goro	
29 08 20				X								Goro	
30 08 20				X								Goro	
31 08 20				X								Goro	
01 09 20				X								Goro	

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

Jersalud **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

F(GTH)033
 Versión: 3
 ago-19
 1 de 1

Apellido y Nombres Completos: Gabriel Baulonia Cédula: 106315205 Unidad: Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Casaca	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
26 08 20	X			X									
27 08 20	X			X									
01 09 20													
02 09 20													
03 09 20													
04 09 20													
05 09 20													
06 09 20													
07 09 20													
08 09 20													
09 09 20													
10 09 20													

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019030



Jersalud **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

Apellido y Nombres Completos: Wilder Navas Cédula: 1121872800 Unidad: Asistencia

F(GTH)033
 Versión: 3
 ago-19
 1 de 1

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceja	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N5 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 08 20				X									
19 08 20				X								6000	
20 08 20		X		X								6000	
21 08 20				X								6000	
22 08 20				X								6000	
23 08 20				X								6000	
24 08 20				X								6000	
25 08 20				X								6000	

Yo, Wilder Wilson Navas Borja identificado (a) con CC: 1121872800, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

Jersalud **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

Apellido y Nombres Completos: Wilder Navas Cédula: 1121872800 Unidad: Asistencia

F(GTH)033
 Versión: 3
 ago-19
 1 de 1

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceja	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N5 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 08 20	X			X									
27 08 20	X			X									
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													
DD AAAA													

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: 018000190303

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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Gomez Leon Duvan Miguel</u>	Cédula: <u>112829774</u>	Unidad: <u>Jersalud</u>
---	--------------------------	-------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 962 de 1994, Dec. 586 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Morongo de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólvora					
17	8	2020													
18	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
19	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
20	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
21	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
22	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
23	8	2020													
24	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
25	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
26	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
27	8	2020	X	X		X	X	X					X	Kit en consultorio	Duvan
28	8	2020													
29	8	2020													
30	8	2020													
31	8	2020													

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

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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Yuli Carolina Rojas H.</u>	Cédula: <u>40326034</u>	Unidad: <u>Jersalud - Nocio</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 1994, Dec. 962 de 1994, Dec. 586 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Morongo de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólvora					
17	8	2020													
18	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
19	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
20	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
21	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
22	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
23	8	2020													
24	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
25	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
26	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
27	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Kit consultorio 2	
28	8	2020													
29	8	2020													
30	8	2020													
31	8	2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



Jersalud **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

F(GTH)033
Versión: 3
ago-19
1 de 1

Apellidos y Nombres Completos: Jovanna Córdoba Cédula: 35263051 Unidad: C/Externa 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 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 589 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		
	Cable	Mantapa de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polaina				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
19	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
20	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
21	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
22	8	2020	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
23	8	2020												
24	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
25	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
26	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
27	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
28	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
29	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	Consulta telefónica	[Firma]
30	8	2020												
31	8	2020												

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

Jersalud **FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

F(GTH)033
Versión: 3
ago-19
1 de 1

Apellidos y Nombres Completos: Gina Karina Arango Cédula: 40331099 Unidad: C/Externa 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 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 589 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		
	Cable	Mantapa de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polaina				
17	8	2020												
18	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
19	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
20	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo - Personal	[Firma]
21	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
22	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
23	8	2020												
24	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
25	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
26	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
27	8	2020	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Teletrabajo	[Firma]
28	8	2020												
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Jose Romero</u>	Cedula: <u>66000074</u>	Unidad: <u>Jersalud / Vicio</u>
--	----------------------------	------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
17 8 2020														
18 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta Verbal		
19 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta Verbal		
20 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta Verbal		
21 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta Verbal		
22 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-		Consulta Verbal		
23 8 2020														
24 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓		Consulta Verbal		
25 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓		Consulta Verbal		
26 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓		Consulta Verbal		
27 8 2020	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓		Consulta Verbal		
28 8 2020														
29 8 2020														
30 8 2020														
31 8 2020														

Yo, Jose Romero identificado (a) con CC: 66000074, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos: <u>Guillermo S. Caceres A</u>	Cedula: <u>1082774101</u>	Unidad: <u>Com. Externa Vicio</u>
---	------------------------------	--------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
17 8 2020														
18 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-				
19 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-				
20 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-				
21 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-				
22 8 2020														
23 8 2020														
24 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X				
25 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X				
26 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X				
27 8 2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X				
28 8 2020														
29 8 2020														
30 8 2020														
31 8 2020														

Yo, Guillermo S. Caceres A. 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 de Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Joddy Leth Torres Martinez	Cédula 1121857850	Unidad Consulta Externa Jersalud U/cio
--	-----------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Ceja	Monopatía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 08 2020	X	X		X		X					Kit en Consultorio	Joddy Torres
22 08 2020	X	X		X		X					Kit en Consultorio	Joddy Torres
24 08 2020	X	X		X		X					Kit en consultorio	Joddy Torres
25 08 2020	X	X		X		X					Kit en Consultorio	Joddy Torres
26 08 2020	X	X		X		X					Kit en Consultorio	Joddy Torres
27 08 2020	X	X		X		X					Kit en Consultorio	Joddy Torres

Yo, Joddy Leth Torres Martinez 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 Nan Camilo Puentes	Cédula 1010182835	Unidad 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
	Ceja	Monopatía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 8 2020												
18 8 2020	X	X		X		X						
19 8 2020	X	X		X		X						
20 8 2020	X	X		X		X						
21 8 2020	X	X		X		X						
22 8 2020												
23 8 2020												
24 8 2020												
25 8 2020												
26 8 2020												
27 8 2020	X	X		X		X						
28 8 2020												
29 8 2020												
30 8 2020												
31 8 2020												

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

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



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

Identificación del empleado	Identificación del empleado	Identificación del empleado
<u>Leidy Velásquez</u>	<u>112821832</u>	<u>Asokua</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 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, 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 desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas IPS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17	8	2020											
18	8	2020	X	X		X		X					
19	8	2020	X	X		X		X					
20	8	2020	X	X		X		X					
21	8	2020	X	X		X		X					
22	8	2020											
23	8	2020											
24	8	2020	X	X		X		X					
25	8	2020	X	X		X		X					
26	8	2020	X	X		X		X					
27	8	2020	X	X		X		X					
28	8	2020											
29	8	2020											
30	8	2020											
31	8	2020											

Yo, Leidy Velásquez identificado (a) con CC: 112821832, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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

Identificación del empleado	Identificación del empleado	Identificación del empleado
<u>Yamile Saboga</u>	<u>40392862</u>	<u>Asokua</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 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, 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 desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas IPS con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17	8	2020	X	X		X		X					
18	8	2020	X	X		X		X					
19	8	2020	X	X		X		X					
20	8	2020	X	X		X		X					
21	8	2020	X	X		X		X					
22	8	2020	X	X		X		X					
23	8	2020											
24	8	2020	X	X		X		X					
25	8	2020	X	X		X		X					
26	8	2020	X	X		X		X					
27	8	2020	X	X		X		X					
28	8	2020											
29	8	2020											
30	8	2020											
31	8	2020											

Yo, Yamile Saboga 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.

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



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

Apellidos y Nombres Completos: Yoli Beltran
 Número de Cédula: 40210844
 Empresa: Vento

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 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	
	Ceña	Boneta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas fijos con válvula	Guante de látex	Guante de nitrilo	Guante de nylon	Bata desechable	Polainas				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
19	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
20	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
21	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
22	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
23	8	2020												
24	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
25	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
26	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
27	8	2020	X	X	X	X								Yoli B.
28	8	2020												
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

Yo, Yoli Beltran identificado (a) con CC: 40210844, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos: Aura Roa
 Número de Cédula: 4-121-898-953
 Empresa: VLU HADMOKATWO - HADKMAT

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 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	
	Ceña	Boneta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas fijos con válvula	Guante de látex	Guante de nitrilo	Guante de nylon	Bata desechable	Polainas				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
19	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
20	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
21	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
22	8	2020												
23	8	2020												
24	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
25	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
26	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
27	8	2020	X	X	X	X								Aura Roa
28	8	2020												
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

Yo, Aura Roa identificado (a) con CC: 1121-898-953, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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



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

Apellidos y Nombres: Diego Bocanegra
 DNI: 1107054334
 Unidad: Vicio Administración

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Ceifa	Maneja de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reus con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X	X	X								Diego Bocanegra
19	8	2020	X	X	X	X								Diego Bocanegra
20	8	2020	X	X	X	X								Diego Bocanegra
21	8	2020	X	X	X	X								Diego Bocanegra
22	8	2020		X	X									Diego Bocanegra
23	8	2020												
24	8	2020		X	X									Diego Bocanegra
25	8	2020		X	X									Diego Bocanegra
26	8	2020		X	X									Diego Bocanegra
27	8	2020		X	X									Diego Bocanegra
28	8	2020												
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

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

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

Apellidos y Nombres: Maria Emile Navarro
 DNI: 1121838406
 Unidad: Clexto 10 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	
	Ceifa	Maneja de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reus con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
17	8	2020												
18	8	2020	X	X	X	X								Navarro
19	8	2020	X	X	X	X								Navarro
20	8	2020	X	X	X	X								Navarro
21	8	2020	X	X	X	X								Navarro
22	8	2020	X	X	X	X								Navarro
23	8	2020												
24	8	2020	X	X	X	X								Navarro
25	8	2020	X	X	X	X								Navarro
26	8	2020	X	X	X	X								Navarro
27	8	2020	X	X	X	X								Navarro
28	8	2020	X	X	X	X								Navarro
29	8	2020												
30	8	2020												
31	8	2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Adriana Lorena Rey Rodriguez	Cédula 1.019.071.171	Unidad Trabajo Social - 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. 885 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

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

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

4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos Sandra Pabón	Cédula 104320119	Unidad Jersalud
--	----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 885 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 08 20				X					X			mas gans	
16 08 20									X			gans	
17 08 20				X					X			gans	
18 08 20				X					X			gans	
19 08 20				X					X			gans	
20 08 20				X					X			gans	
21 08 20				X					X			gans	
24 08 20				X					X			gans	
25 08 20				X					X			gans	
26 08 20				X					X			gans	
27 08 20				X					X			gans	

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jesús Torres</u>	Cédula <u>709039403</u>	Unidad <u>Jersalud</u>
---	-----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pantallas		
18 08 20				X					X		gomo	Jesús A. Morales
19 08 20				X					X			Jesús A. Morales
20 08 20				X					X			Jesús A. Morales
21 08 20				X					X			Jesús A. Morales
24 08 20				X					X			Jesús A. Morales
25 08 20				X					X		gomo	Jesús A. Morales
26 08 20				X					X		gomo	Jesús A. Morales
27 08 20			X	X					X		gomo	Jesús A. Morales
28 08 20												
29 08 20												
30 08 20												

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Juliana Rojas</u>	Cédula <u>43920403</u>	Unidad <u>Jersalud</u>
--	----------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pantallas		
15 08 20			X	X					X		mas gomo	Juliana
17 08 20			X	X					X			Juliana
18 08 20			X	X					X		gomo	Juliana
19 08 20			X	X					X		gomo	Juliana
20 08 20			X	X					X		gomo	Juliana
21 08 20			X	X					X		gomo	Juliana
24 08 20				X					X		gomo	Juliana
25 08 20				X					X		gomo	Juliana
26 08 20				X					X		gomo	Juliana
27 08 20				X					X		gomo	Juliana
28 08 20												
29 08 20												
30 08 20												

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



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

Apellidos y Nombres Completos Ina Padua	Cédula 129334204	Unidad fiscalia
---	----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cota	Monopaca de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 185 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 08 20				X					X			
25 08 20				X					X			
26 08 20				X					X			
27 08 20				X					X			
28 08 20												
29 08 20												
30 08 20												
31 08 20												
01 09 20												
02 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.

4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

Apellidos y Nombres Completos JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	Cédula 12566313	Unidad CONSULTA EXTERNA
---	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cota	Monopaca de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas 185 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 8 2020		X		X					X			
3 8 2020		X		X					X			
4 8 2020		X		X					X			
5 8 2020		X		X					X			
6 8 2020		X		X					X			
10 8 2020		X		X					X			
11 8 2020		X		X					X			
12 8 2020		X		X					X			
13 8 2020		X		X					X			
14 8 2020		X		X					X			
18 8 2020		X		X					X			
19 8 2020		X		X					X			
20 8 2020		X		X					X			
21 8 2020		X		X					X			
22 8 2020		X		X					X			
24 8 2020		X		X					X			
25 8 2020		X		X					X			
26 8 2020		X		X					X			
27 8 2020		X		X					X			
28 8 2020		X		X					X			
31 8 2020		X		X					X			

Yo, JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO identificado (a) con CC: 12566313 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



Fecha (D/M/A)		Elementos de Protección Personal												Observaciones	Firma		
Celoso	Integridad de seguridad	Casco	Botas	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode			Trípode	
1	8	2020					X										
3	8	2020					X										
4	8	2020					X										
5	8	2020					X										
6	8	2020					X										
10	8	2020					X										
11	8	2020					X										
12	8	2020					X										
13	8	2020					X										
14	8	2020					X										
16	8	2020					X										
19	8	2020					X										
20	8	2020					X										
21	8	2020					X										
22	8	2020					X										
24	8	2020					X										
25	8	2020					X										
26	8	2020					X										
27	8	2020					X										
28	8	2020					X										
31	8	2020					X										

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.

Fecha (D/M/A)		Elementos de Protección Personal												Observaciones	Firma		
Celoso	Integridad de seguridad	Casco	Botas	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode	Trípode			Trípode	
1	8	2020					X										Marly Garcia
3	8	2020					X										Marly Garcia
4	8	2020					X										Marly Garcia
5	8	2020					X										Marly Garcia
6	8	2020					X										Marly Garcia
10	8	2020					X										Marly Garcia
11	8	2020					X										Marly Garcia
12	8	2020					X										Marly Garcia
13	8	2020					X										Marly Garcia
14	8	2020					X										Marly Garcia
16	8	2020					X										Marly Garcia
19	8	2020					X										Marly Garcia
20	8	2020					X										Marly Garcia
21	8	2020					X										Marly Garcia
22	8	2020					X										Marly Garcia
24	8	2020					X										Marly Garcia
25	8	2020					X										Marly Garcia
26	8	2020					X										Marly Garcia
27	8	2020					X										Marly Garcia
28	8	2020					X										Marly Garcia
31	8	2020					X										Marly Garcia

Yo, MARLY YULIETH GARCIA CALDERON identificado (a) con CC: 1121947473, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO

4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
24 8 2020	X			X		X						<i>[Handwritten signatures]</i>
25 8 2020				X		X						
26 8 2020				X		X						
27 8 2020				X		X						
28 8 2020				X		X						

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

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

Apellidos y Nombres Completos JORGE CLAVIJO	Cédula 79 958 924	Unidad ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poininas		
24 8 2020	X			X		X						<i>[Handwritten signatures]</i>
25 8 2020				X		X						
26 8 2020				X		X						
27 8 2020				X		X						
28 8 2020				X		X						
29 8 2020				X		X						

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 8 2020	X			X		X						
25 8 2020				X		X						
26 8 2020				X		X						
27 8 2020				X		X						
28 8 2020				X		X						

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

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

Apellidos y Nombres Completos DAMARIS ESTRADA CAICEDO	Cédula 1 121 839 364	Unidad ASISTENCIAL
---	--------------------------------	------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 8 2020	X			X					X			
25 8 2020				X								
26 8 2020				X								
27 8 2020				X								
28 8 2020				X								
29 8 2020				X								

Yo, DAMARIS ESTRADA CAICEDO Identificado (a) con CC: 1121839364, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 8 2020	X			X		X			X			
26 8 2020				X		X						
27 8 2020				X		X						
28 8 2020				X		X						

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.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 8 2020	X			X		X			X			
25 8 2020				X		X						
26 8 2020				X		X						
27 8 2020				X		X						
28 8 2021				X		X						
29 8 2020				X		X						

Yo, _NOHORA ALEJANDRA PIRABAN_ Identificado (a) con CC: _1 122 120 131_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 8 2020	X			X		X			X			
25 8 2020				X		X						
26 8 2020				X		X						
27 8 2020				X		X						
28 8 2020				X		X						
29 8 2020				X		X						

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
24 8 2020	X			X		X						

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



4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable		
24 8 2020				X		X			X		
25 8 2020				X		X					
26 8 2020				X		X					
27 8 2020				X		X					
28 8 2020				X		X					

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNAN DARIO RAMOS	97611226	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable		
24 8 2020				X		X			X		
25 8 2020				X		X					
26 8 2020				X		X					
27 8 2020				X		X					
28 8 2020				X		X					

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JAVIER HERRERA	86069207	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas					
24	8	2020				X							X		JAVIER
25	8	2020				X									JAVIER
26	8	2020				X									JAVIER
27	8	2020				X									JAVIER
28	8	2020				X									JAVIER

Yo, JAVIER HERRERA S. Identificado (a) con CC: 86069207 V/ID. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	40449526	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma			
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas					
24	8	2020				X							X		ANDREA
25	8	2020				X									ANDREA
26	8	2020				X									ANDREA
27	8	2020				X									ANDREA
28	8	2020				X									ANDREA

Yo, Andrea Santos Rodriguez Identificado (a) con CC: 40449.526 , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DIANA MARCELA SANCHEZ	1120364043	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma		
	Colla	Monopafa de seguridad	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
24	8	2020			X		X						
25	8	2020			X		X						
26	8	2020			X		X						
27	8	2020			X		X						
28	8	2020			X		X						

Yo, Diana Marcela Sanchez Albu Identificado (a) con CC: 1.20.364043 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma		
	Colla	Monopafa de seguridad	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
24	8	2020			X		X						
25	8	2020			X		X						
26	8	2020			X		X						
27	8	2020			X		X						
28	8	2020			X		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.



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

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

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 680 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Ceifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex.	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pelatinas
14 5 2020				X		X			X			Diego A
25 8 2020				X		X						Diego A
29 8 2020				X		X						Diego A
27 8 2020				X		X						Diego A
28 8 2020				X		X						Diego A

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO

4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
		1 de 1										
Gonzalez Cuevas Ysella		47441193	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)	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
18 08 2020				1								[Firma]
19 08 2020				1								[Firma]
20 08 2020				1								[Firma]
21 08 2020			1	1								[Firma]
24 08 2020				1								[Firma]
25 08 2020				1								[Firma]
26 08 2020				1								[Firma]
27 08 2020				1								[Firma]
2				1								[Firma]
Yo, <u>Ysella Gonzalez Cuevas</u> identificado (a) con CC: <u>47441193</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										
Kelly Vanessa Boiz.		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)	Cofia	Monopis de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
14 08 20				1								[Firma]
15 08 20				1								[Firma]
18 08 20				1								[Firma]
19 08 20				1								[Firma]
20 08 20				1								[Firma]
21 08 20				1								[Firma]
22 08 20				1								[Firma]
24 08 20				1	1							[Firma]
25 08 20				1								[Firma]
26 08 20				1								[Firma]
27 08 20				1								[Firma]
28 08 20				1								[Firma]
Yo, <u>Kelly Vanessa Boiz.</u> identificado (a) con CC: <u>1010201040</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 Corrala Nacional: 018000190303
VIGILADO



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

Apellido y Nombre Completo Cesar Duarte Santos	C.C.P.I. 1047 438 183	Unidad Medico General Asistencia
--	---------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogafte de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
14 08 20				1								u.d
18 08 20				1								u.d
19 08 20				1								r u.d
20 08 20				1								r u.d
21 08 20				1								o u.d
22 08 20				1								o u.d
24 08 20				1	1							o u.d
25 08 20				1	1							u.d
26 08 20				1	1							u.d
27 08 20				1								u.d
28 08 20				1								r u.d

Yo, Cesar Duarte Santos, identificado (a) con CC: 10 47 438 183, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellido y Nombre Completo Harold Guillermo Penaranda	C.C.P.I. 844 55 111	Unidad Medico General Asistencia
---	-------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monogafte de seguridad	Caretas desechables	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
14 08 20				1								
15 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								
22 08 20				1	1							
24 08 20				1	1							
25 08 20				1								
26 08 20				1								
27 08 20				1								
28 08 20				1								

Yo, Harold Guillermo Penaranda, identificado (a) con CC: 844 55 111, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellido y Nombre Completo Henry Dario Oca	Número de C.C. 9432965	Cargo Medico General / Asistencia I
--	----------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Ceña	Monogafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
14 08 20				1								
15 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								
24 08 20				1	1							
25 08 20				1								
26 08 20				1								
27 08 20				1								
28 08 20				1								
29 08 20				1								

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

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

Apellido y Nombre Completo Vanessa Charris	Número de C.C. 1080015540	Cargo Asistencial / Jefe PIP
--	-------------------------------------	--

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)	Ceña	Monogafas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								
13 08 20				1								
14 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								
22 08 20				1					1			
24 08 20			1	1	1							
25 08 20				1								

Yo, **Vanessa Charris**, Identificado (a) con CC: **1080015540**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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: 0800979383
VIGILADO



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

Vanessa Charis 10800 15506 Asistencial Jefe PYP

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en 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	Monografía de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
26 08 20				1								[Signatures]
27 08 20				1								
28 08 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

Oscar Jimenez 10540410740 Psicologo / 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	Monografía de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas	Observaciones	Firma
14 08 20				1								[Signatures]
15 08 20				1								
15 08 20					1							
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
21 08 20				1								
24 08 20				1	1							
25 08 20				1								
28 08 20				1								
27 08 20				1								
28 08 20				1								

Yo, Oscar Jimenez Identificado (a) con CC: 10540410740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS <u>Ailyn Ramirez Pardo</u>	CÓDIGO DE IDENTIFICACION <u></u>	UNIDAD <u></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	Monopatillas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas RSE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
22 08 20				1									
24 08 20				1									
25 08 20				1									
26 08 20				1									
27 08 20				1									
28 08 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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS <u>Nora Sacha Burrebo</u>	CÓDIGO DE IDENTIFICACION <u>1.118.574733</u>	UNIDAD <u>Tec. Sistemas / 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	Monopatillas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas RSE con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas			
14 08 20				1									
15 08 20				1									
18 08 20				1									
19 08 20				1									
20 08 20				1									
21 08 20				1									
24 08 20				1									
25 08 20				1									
26 08 20				1									
27 08 20				1									
28 08 20				1									
29 08 20				1									

Yo, Nora Sacha Burrebo Identificado (a) con CC: 1.118.574 733, 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.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303



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

Apellidos y Nombres Completos Mariana Natalia Cechel	Cédula 1.118.570.378	Unidad Ax. Enfermería / 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	Polaritas			
15 08 20				1									
18 08 20				0									
19 08 20				1									
20 08 20				1									
21 08 20				0									
24 08 20				1									
25 08 20				1									
26 8 20				1									
27 08 20				1									
28 08 20				1									
29 08 20				1									

Yo, Mariana Natalia Cechel Cechel, Identificado (a) con CC: 1.118.570.378, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Vivian Suarez Hernandez	Cédula 1.118.539.038	Unidad Med. Interna / 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	Polaritas			
14 08 20	1			1					1				
15 08 20	1			1					1				
18 08 20	1			1					1				
19 08 20	1			1					1				
24 08 20	1			1	1				1				

Yo, Vivian Suarez Hernandez, Identificado (a) con CC: 1.118.539.038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos Hernandez Ivan Dario	Cédula 1053538208-9	Unidad 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		
24 07 20					1				1			
03 08 20				1	1							
04 08 20				1								
05 08 20				1					1			
10 08 20				1								
11 08 20				1								
12 08 20				1								
18 08 20				1								
19 08 20				1								
20 08 20				1								
24 08 20				1	1				1			
25 08 20				1								

yo, **Ivan Dario Hernandez** Identificado (a) con CC: **1053538208-9** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Linibeth Cruz	Cédula 52929376	Unidad pediatria/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		
01 07 20				1	1				1			
08 07 20				1	1							
15 07 20				1					1			
22 07 20				1	1				1			
29 07 20				1	1				1			
05 08 20	1			1	1				1			
08 08 20	1			1	1				1			


yo, **Linibeth Cruz** Identificado (a) con CC: **52929376** Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

5.1.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Tunja

	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
27/08/2020	María Isabel Moreno	Asistencial	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equivo 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	

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



	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
27/08/2020	Jose Gregorio Molina	Asistencial	Jenny Gabriela Gutiérrez

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	Jose Gregorio Molina	Asistencial	Jenny Gabriela Gutiérrez


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			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de 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
 Lima, Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	John Lora Escandon	Asistencial	Jenny Gabriela Gutiérrez


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

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

TOTAL	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
 Unidad Ejecutora Nacional de Vigilancia Epidemiológica
 Unidad Central Nacional 018000190332
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
27/08/2020	Gerason Gonzalez	Asistencial	Jenny Gabriela Gutierrez


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES 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	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
 Lima, 27 de Agosto del 2020
 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
27/08/2020	Joel Duran	Asistencial	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e que 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



	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
27/08/2020	Anderson Vacca	Administrativa	Jenny Gabriela Gutiérrez

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

TOTAL	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



	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
27/08/2020	María Cecilia Rodríguez	Administrativa	Jenny Gabriela Gutiérrez

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

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



	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
27/08/2020	María Paula Reyes	Administrativa	Jenny Gabriela Gutiérrez

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

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



	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
27/08/2020	Claudia Rodríguez	Administrativa	Jenny Gabriela Gutiérrez

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia y Control
 Línea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



5.1.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Duitama

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	Lenin Rodriguez	Duitama	Diana Aron

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


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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	Oswaldo Gutierrez	Sistema	Diana Azeo

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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
29/08/2020	Diana Cecado	Dútema	Diana Aceño

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


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

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
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100 - Bogotá, D.C.
 Teléfono: (01) 2600910333
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
29/08/2020	Sonia Pira	Duitama	Diana Acebo


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

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



	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
27/08/2020	Maicol Velasco	Quilama	Diana Acero


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		01-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	Lina Zabala	Duitama	Diana Acevedo

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

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

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 Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	Diana Arango	Quintana	Diana Corrales

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

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


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
 Linea Control Nacional: 01800019333
 VIGILADO



5.1.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Sogamoso

	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
24/08/2020	DAYANA PINZON	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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



	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
25/08/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	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 Y 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	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	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



	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
25/08/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



	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
25/08/2020	DEISY VARGA S	CONSULTA EXTERNA \$OGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



	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
24/08/2020	SERGIO CELY	CONSULTA EXTERNA SOGAMO SO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	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 (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



	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
24/08/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES 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 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	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



	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
24/08/2020	LEIDY RUTH GAITAN	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	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	12			PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
24/08/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0100010302
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
25/08/2020	SEBASTIAN RIVERA	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de 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	MEDICO

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



	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
25/08/2020	ALEXANDER HERRERA	CONSULTA EXTERNA BOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

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

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



	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
24/08/2020	CONSTANZA BENAVIDEZ	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, mono gafas 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	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333
VIGILADO



5.1.4 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Chiquinquirá

	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
27-08-2020	Shirley Penconco	Chiquinquirá	Leidy Bastrago


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	✓			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	✓			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x	
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).		x		no hay locker para Bata-
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
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.	x			
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 maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	✓			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910332
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
27-08-2020	Meliso Cardenas	Chiquinquira	Leidy Bartrago


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

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



	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
27-08-2020	Jennifer Romero Chiquiza		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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		NO hay locker
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		Utiliza anillos, maquillaje fuerte no adecuado para trabajo
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			Gorra de tela se debe cambiar todos los días y se encuentra gorra en mesa de procedimientos

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

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01800019039



	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
27-08-2020	Juliana Suarez	Chiquinquira	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	✓			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	✓			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	✓			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	✓			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	✗			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		✗		No hay locker.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	✓			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	✗			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	✓			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	✓			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	✓			
12	Utiliza calzado cerrado	✗			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	✗			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	✗			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	✗			

TOTAL				
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 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
27-08-2020	Gloria Ballesteros Chiguirá		Iedy Bartray G

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


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

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-2020	Erika Saucedo	Chiquinquirá	ledy Butrago


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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



	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
27-08-2020	Natalia Lozano	Chiquinquirá	Ieddy Buitrago G


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 entrenamientos, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado		X		Cross. y media corta.
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)		X		Zapato tipo cross.

TOTAL			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 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
27-08-2020	Samira Castellanos	Chigquirá	Ledy Butrago


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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		Maquillaje.
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01600010303



	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
27-08-2020	Ledy Bertrago	Chicquiri	Ledy Bertrago


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

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

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



5.1.5 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Moniquirá

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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	PYP	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ

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

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



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


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	DEISY JEANETH GARCIA	AUX. ADMON	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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	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 practicas 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



	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
27/08/2020	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUX. ENFERMERIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección 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		PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	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
25/08/2020	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUX. FARMACIA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		NO USO DE VISCERA NI MONOGAFAS.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			EL AREA DE FARMACIA ES EXCLUSIVO PARA LA AUXILIAR, CUENTA CON BAÑO PRIVADO PARA SUS ELEMENTOS
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			SEMANAL
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores 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



	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
27/08/2020	MARCELA SOFICA NARVAEZ	CONSULTA EXTERNA	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS


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

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

TOTAL	13	1	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (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

	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
27/08/20	Diana Gauthier	Enfermería	Alfonso 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			

TOTAL	5		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100 - Bogotá, D.C.
 Teléfono: (01) 2600910332
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
27/08/20	Alfonso Domínguez	Médico	Diana Bautista

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/20	Leidy Castillo	Farmacia	Diana Santiva

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	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
 Lima, Correo Nacional, 01000190302
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
27/08/20	Fenny Calaccedo	AEX. ENFERM.	Diana Gentry

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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Oficina Central, 010001910332



	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
27/08/20	Herly Comeo	Linea Fiebre	Diana Santiva

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



5.1.7 Inspecciones Uso de elementos de protección personal sede Guateque

	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
26/08/20	Wily Muñoz	Administrativo	


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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/08/2020	Melissa Pupo	Asistencial	

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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)	100%		

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad S.C.
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad S.C.
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad S.C.
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
2/08/2020	Daniela Castro	Asistencial	Daniela Castro

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	X			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				100%

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910302
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
27/08/2020	Kon. de Udauger	Asistencia	

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


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

TOTAL	15		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVE S

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 máscara facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar estiracimientos	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 conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			x	
TOTAL		12	0	3	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	CUMPLIMIENTO
95% - 100%	CUMPLIMIENTO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVES


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIE 900	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.		X		manifiesta no uso de monogafas usa protección respiratoria convencional.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			al ingreso y salida uso de tapabocas diferentes al usado en el sitio de trabajo
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (foder individuales).	X			no se cuenta con foder 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 requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las 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 pedales tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	realiza labor administrativa

TOTAL	11	1	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%			0%-80%	NO CUMPLIDO
				80%-94%	ACEPTABLE
				96%-100%	SOBRESALIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800010333



	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
27/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVEZ

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	Usa mascarilla facial, monoglas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar estiramiento	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 conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	
TOTAL		12	0	3	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLE CON APTITUD
80% - 94%	EN PROCESO DE MEJORA
95% - 100%	CUMPLE CON APTITUD



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

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27/08/2020	DEISY LILIANA	ADMINISTRATIVA	DEISY LILIANA ESTEVES

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				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			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			x	

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



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-10	Ruby Ruiz	Asistencial	JMOON Santana


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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES / FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que 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
 Unidad Central Operativa - Villavicencio
 Calle Comercio Nacional, 010000100302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Carolina Barbosa	Asistencial	JUAN SANTANA

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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 E.P.P son desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (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
 Linea Control Normativa: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Angie Muchada	Asistencial	Shoan Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	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 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 botinas 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
				96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 10001-0003
 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
27-08-20	Daniela Carriño	Asistencial	Jhosan 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 EVALIADOR			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 maneja 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
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 U.E.A.P. Comuna Nacional, 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Esmeralda Guerrero	Asistencial	JMOCA Santana

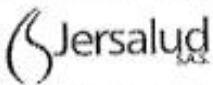
Calificación del evaluador: Marcar con una (X) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL		PUNTAJE	
		0% - 60%	NO CUMPLIDO
		60% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Calle Comercio Nacional, 010001910302
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
27-08-18	Wilder Novoa	Asistencial	Jhoan Santana

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los E.P.P 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 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	

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			9% - 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
27-08-20	Edgus Garcia	Asistencial	Jhosan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equivo (s) 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		X	LOS EPP SON DESORDENADOS
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las 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	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Gabriel Babilonia	Asistencial	Thaon Santana

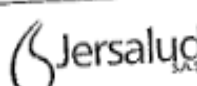
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple- NC= No cumple- NA= No aplica

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria
 Unidad Gerencia Regional
 01800019033
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Paola Tujubila	Admva	Jorge 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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.
 Teléfono: (01) 2600910033
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
27-08-10	Juli Deltran	Admin	Jhoan Santana

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

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



	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
	Ayra Roa	ADMIN	

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que 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 E.P.P son desinfectados
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
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 (botas, Calzado adecuado en casos específicos botinas 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
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Administración
 Calle Comuna Nacional, 0100010302
 VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Diego Bocanegra	Admisa	Thoua Santana


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
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	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (Cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010000100032
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GD)003
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-10	María Navarro	Asistencial	JUAN SANTANA


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 01000010002
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
27-08-20	DORRINA GOMEZ	Asistencial	Jhoan santana

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


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

TOTAL	13	0	2
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 Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Calle Comuna Nacional, 01000010302
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	JULY ROJAS	Asistencial	JHOAN SANTANA


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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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 maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Jovana cordoba	Asistencial	Mona sumana


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

TOTAL	PUNTAJE	
	0% - 80%	NO CUMPLIDO
	80% - 94%	ACEPTABLE
	96% - 100%	SOBRESALIENTE

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



	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
27-08-20	KORINA ARONAY	Asistencia	JMOGA SANTANA

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0100001000333
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
27-08-20	Ivan Puentes	ASISTENCIAL	JHOAN SANTANA

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Operativa de Atención Primaria
 Línea Corrala Nacional: 01800010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH0027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Leidy Velásquez	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
		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).	Y			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	Y			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA (UNIDAD)	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-18	YANKE SOBOTAL	Asistencial	JHOAN SANTANA

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
28-08-20	Jose Romero	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 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.	λ			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	Y			
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	λ			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	Y			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, 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% - 84%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Calle Comercio Nacional, 01000190302
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GD)003
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21-08-20	Joddy Torres	Asistencia	Jhoan Santana

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

Nº	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores 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	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				96% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Adriana Rey	Asistencial	JHOAN SANTANA

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

No	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores 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	11	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 60%	NO CUMPLIDO
				60% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Normativa: 01800019333
 VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGT0027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
27-08-20	Paola Galindo	Asistencial	Jhoan Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) según su calificación en: 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	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas no realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Electrónico: INSA@insa.gob.pe
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Jenny Gutierrez	Asistencial	Jhona Santana

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


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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000191033
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH0027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
27-08-20	MARCELO MATEUS	ASISTENCIAL	JHOAN SANTANA

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

No	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que 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 requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Correo Nacional: 01000100303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
	Miguel REIACI	Admin	


Calificación del evaluador: Marcan 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 tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	Y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO: (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 60%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Sandra Peñalosa	ADMIN	JHOAN SANCANA

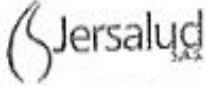
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que 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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
17-08-20	Dony Duarte	Admin	Jhona Santana


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a qui 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 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
 Lima, Correo Nacional: 01600010032
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
27-08-20	Soledad Linares	Admsa	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
		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.				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	
TOTAL		10	0	5	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100 %			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-10	Sebastian Falla	Admin	Thoan Santana

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
		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 (factor 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	9	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple) / Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
96% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910333
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
27-08-20	Karen Melo	Admin	Thoa Santana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si se cumple. 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.	Y			
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 maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos poleinas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	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
 Lima, Correo Nacional: 010001910332
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
27-08-10	Maria Bonilla	Admín	Jhoan Santalici

Calificación del 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			Y	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección 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 maneja 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 de Consulta Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
27-08-20	Duvan Villegas	Admin	Jhoan Santana

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

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		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 maneja 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	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
 Lima, Correo Nacional: 01600019032
VIGILADO




5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		LEIDY MORALES		REGENTE		SANDRA PATIÑO	
F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1 DE 1							
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 tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)							




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			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	
27/08/2020		LIZ MADRID		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		90%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/8/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores 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	

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




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/8/2020		DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	
TOTAL		14	0	1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1 DE 1
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/8/2020		MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica					
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19.	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	
TOTAL		14	0	1	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
28/8/2020	DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
28/8/2020		HERNAN RAMOS		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			



	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
28/8/2020	JAVIER HERRERA	FARMACIA	ANDREA SANTOS

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

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


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




5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		NOHORA ALEJANDRA PIRABAN		ADMINISTRATIVA		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	AL ESTAR EN CONTACTO DIRECTO CON USUARIOS, SE LE SUMINISTRA DE FORMA SEMANAL		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		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 tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		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		
27/08/2020	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	
TOTAL		11	0	4	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80%
					NO CUMPLIDO
					80% - 94%
					ACEPTABLE
					95% - 100%
					SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		JORGE ENRIQUE CLAVIJO		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			
TOTAL		10	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		LILIANA FONSECA		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			
TOTAL		11	0	4			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
		PUNTAJE					
		0% - 80%		NO CUMPLIDO			
		80% - 94%		ACEPTABLE			
		95% - 100%		SOBRESALIENTE			



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
27/08/2020		DAMARIS ESTRADA CAICEDO		FARMACIA		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	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			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/08/2020	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	

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




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027 Versión: 1 oct-18 1DE1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
25/08/2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		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			
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1DE1
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
25/08/2020	Maria Alejandra Vargas	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	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	5	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			
					PUNTAJE
					0% - 80% NO CUMPLIDO
					80% - 94% ACEPTABLE
					95% - 100% SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		Vanesa Charris		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
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)	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			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTH)027 Versión: 1 oct-18 1DE1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
25/08/2020	Henry Dario Uva Pelayo	Asistencial	Ysella Gonzalez			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
TOTAL		13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		Milbany Sarmiento		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			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			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		Oscar Jimenez		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Psicologo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
TOTAL		9	0	6			
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					
					PUNTAJE		
					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		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			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		Adriana Victoria Corredor		Administrativo		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		14	10	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		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			
TOTAL		9	0	6	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		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 puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
TOTAL		10	0	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	




		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			FIGTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		Angela Consuelo Zipa		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			Regente de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de quantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de 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 F.P.P	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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	5	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
25/08/2020		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 salpicaduras.		X		Auxiliar de farmacia		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker)	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 F.P.P	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, 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			
TOTAL		10	1	4	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios)		93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
25/08/2020	Sandra Lorena Arias	Administrativo	Ysella Gonzalez

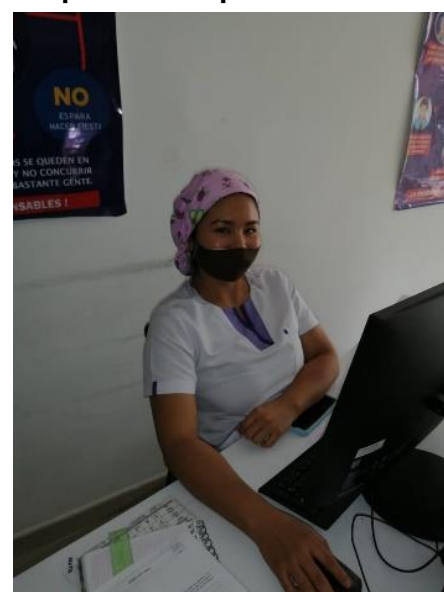
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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

TOTAL	10	1	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *)	93.33%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal





6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES

6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá

6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por su tipo de enfermedad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/taje	Falga y Adormi	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del funcionario
20-08-20	Diego Matamoros	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diego M
20-08-20	Andrés Sanjines	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés S
20-08-20	Juan Fonseca	Psicólogo	CGal	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan F
20-08-20	John Lora	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	John L
20-08-20	Joel Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Joel D
20-08-20	María Rodríguez	Aux Adm	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	María R
20-08-20	Claudia Rodríguez	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R
20-08-20	María Fabi Paya	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	María P
20-08-20	Daniela Suárez	Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S
20-08-20	Jorge Galdo	M.D.	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jorge G
20-08-20	Roberto	Med	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Roberto
20-08-20	Gerson B	Med	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson B
21-08-20	María Rojas	Aux Adm	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	María R
21-08-20	Jennifer Marín	T.S	AS	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer M
21-08-20	Haciera F	Med	CE	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Haciera F

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antibióticos o antiinflamatorios	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por su tipo de enfermedad	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/taje	Falga y Adormi	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del funcionario
21-08-20	Diego Matamoros	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diego M
21-08-20	María Rodríguez	Aux Adm	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	María R
21-08-20	Claudia Rodríguez	Aux Adm	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R
21-08-20	Juan Fonseca	Psicólogo	CGal	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Juan F
21-08-20	John Lora	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	John L
21-08-20	Joel Durán	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Joel D
21-08-20	Gerson Bonal	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson B
21-08-20	Roberto	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Roberto
21-08-20	María Fabi Paya	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	María P
21-08-20	María Fabi Paya	Medica	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	María P
21-08-20	Haciera F	Medico	Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Haciera F
22-08-20	Juan Fonseca	Psicólogo	CGal	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Juan F
22-08-20	Andrés Sanjines	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés S
22-08-20	Jennifer Marín	T.S	AS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer M
22-08-20	Juan Carlos Briceño	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Juan C B
22-08-20	Gilberto	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Gilberto
22-08-20	Gerson B	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gerson B
22-08-20	Roberto	Medico	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Roberto

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303

VIGILADO



Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Figura 003
 Versión: 2
 mayo 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 Encuestado
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antimicrobianos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
21-08-20	Gilmo Ros	Medico	CExt	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Cosk
21-08-20	Diana Lopez	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I
21-08-20	Luz Nozica	Motico	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Luz I
21-08-20	Zilma Betancur	Enfermera	C. Externa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Zilma I
21-08-20	Jaime Henao	Aux. enf.	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Jaime I
21-08-20	Andrea Ziper	Aux. Admin	Admin (E)	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea I
21-08-20	Concepción	Medico	F.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Concepción I
21-08-20	Clayton Banares	ME	CExt	NO	NO		NO	NO	NO	NO	SI	Clayton I
21-08-20	Luz Patricia	Nutricionista	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Luz Patricia I
21-08-20	Juan Jose	Psicologo	CExt	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Juan Jose I
21-08-20	Archeron Cede	Aux. Enf.	C. Int.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	Archeron I
21-08-20	Joel Durán	MD	CExt	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Joel I
21-08-20	Luz Patricia	Nutricionista	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Luz Patricia I
21-08-20	Juan Luis	MD	C.EXT	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Luis I
21-08-20	Isabel	MD	CExt	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel I
21-08-20	Carson Guzmán	Medic	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Carson I
21-08-20	Alfredo	Medico	CExt	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Alfredo I

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Figura 003
 Versión: 2
 mayo 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 Encuestado
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o antimicrobianos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro fétido	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	
21-08-20	Sara Cecilia	Enf. Spsite	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Sara I
21-08-20	Rebeca Lopez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Rebeca I
21-08-20	Sabrina Estrella	Analista SST	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina I
21-08-20	Nidia Salazar	Auxiliar Farm.	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia I
21-08-20	Maria Paula Pardo	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria I
21-08-20	Nubia Vasquez	Casa Sede	C.EXT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Nubia I
21-08-20	Jim Guanda	Asesora	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Jim I
22-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela I
21-08-20	Diana Marcela Lopez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I
22-08-20	Nidia Salazar	Aux. Farmacia	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia I
24-08-20	Daniela Salazar	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.31	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela I
22-08-20	Sabrina Estrella	Analista SST	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina I
21-08-20	Sara Cecilia	Enf. Spsite	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sara I
24-08-20	Maria Paula Pardo	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Maria I
24-08-20	Nidia Salazar	Auxiliar Farm.	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Nidia I
24-08-20	Rebeca Lopez	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Rebeca I
21-08-20	Diana Guanda	Asesora	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800909033
 Línea Correo Nacional: 0800909033
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURAS 1 Versión 2 may 20 1 DE 1				
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anticonvulsivos		Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavírus		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							
				NO	SI	NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestaje	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Encuestado	
21-08/20	Angela Guerrero	Aux Farmacia	ASU	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
21-08/20	Nelly Calvo	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
21-08/20	Nora Espitia	Aux Farmacia	ASIS	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nora
21/08/20	Johana Vargas	Aux Farm	Asist	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
21/08/20	Nelly Calvo	FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
22-08/20	Angela Guerrero	FARMACIA	ASU	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
24/08/20	Angela Guerrero	FARMACIA	ASU	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
25/08/20	Angela Guerrero	FARMACIA	ASU	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
25/08/20	Nora Espitia	Farmacia	ASIS	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nora
22/08/20	Nelly Calvo	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
24/08/20	Nelly Calvo	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
25/08/20	Nelly Calvo	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
26/08/20	Angela Guerrero	Aux Farmacia	ASIS	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
26/08/20	Nelly Calvo	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
26/08/20	Nora Espitia	Aux Farmacia	Asist	NO	NO	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Nora
27/08/20	Angela Guerrero	Aux Farmacia	ASIS	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
27/08/20	Johana V.	Aux Farmacia	Asist	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGURAS 1 Versión 2 may 20 1 DE 1				
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anticonvulsivos		Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavírus		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							
				NO	SI	NO	SI	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestaje	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Encuestado	
20-08-20	Valeria Pacheco	Normas de Cost	Cost	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Valeria
22-08-20	Andrea Zipa	Aux Admin	Admin CE	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
22-8	Jaeli Derman	MO	CExt	N	N	NO	NO	36.2	N	N	N	N	SI	NO	Jaeli
22/08/20	Geison Gama	Medic	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Geison
22/08/20	Hoyca Flores	Ofidario	Cent	NO	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hoyca
22-8-20	Paula Lopez	psicología	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula
22-8-20	Audrey White	Id Gen	Cent	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Audrey
22-08-20	Andrea Zipa	Aux Admin	Admin CE	NO	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea
24/08/20	Jaeli Derman	MO	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jaeli
24/08/20	Honica F	Heclero	Cent	NO	NO	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Honica
24/08/20	Jennifer Rojas	TS	Cent	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
24-08-20	Olivia Lopez	Aprendiz	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
24-08-20	Maria C. Pardo	Aux Adm.	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
24/08/20	Glenn Ruiz	Pub	Cent	NO	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn
24/08/20	Luzmila Belandier	Enfermera	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luzmila
24/08/20	Diana Lopez	Medico	C-Ext	NO	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
24/08/20	Cecilia Sanchez	Me	Cent	NO	NO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cecilia

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verifique sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anestésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestaje	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otro estado?		
24/8/20	John P. Ovalle	Enfermer	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J.P. Ovalle
24/8/20	Gloria Montoya	Jd. Gal	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	SI	NO	G. Montoya
24/8/20	Yvonne Pacheco	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Y. Pacheco
24/8/20	Vanessa	PSI	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	V. [Signature]
24/08/20	Anderson Jerez	Químico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A. Jerez
24/08/20	Andrea Zapa	Aux. Admin	Admince	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A. Zapa
24/08/20	Monica Fof	Medico	C. Ext	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M. Fof
24/08/20	Ignacio	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	I. [Signature]
24/8/20	John L	NO	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. L
24/8/20	Gervasio Gonzalez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	G. Gonzalez
24/08/20	José Alan	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. Alan
24/8/20	Joel D	MD	C. Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. D
24/08/20	Yvonne Pacheco	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Y. Pacheco
24/08/20	Gloria Montoya	Jd. Gal	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	NO	G. Montoya
24-08-20	Claudio R	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	C. R
24/8/20	Vanessa	PSI	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	V. [Signature]
24/8/20	John L	NO	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. L

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verifique sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o anestésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Colestaje	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otro estado?		
24/08/20	Ignacio	MD	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	NO	I. [Signature]
24/8/20	Gervasio Gonzalez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	G. Gonzalez
24/8/20	Joel D	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. D
24/8/20	Yvonne Pacheco	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Pacheco
24/08/20	Joel Alan	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. Alan
25-08-20	Monica Fof	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M. Fof
25-08-20	Jennifer Mathis	T.S	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. Mathis
25-08-20	Luz Hojeda	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	L. Hojeda
25/08/20	Gilma L	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	G. L
25/08	Claudia Benec	MD	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	C. Benec
25/08/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	D. Ibáñez
25/08	Jennifer Mathis	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. Mathis
25-08-20	Yvonne Pacheco	Jd. Gal	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Pacheco
25/08/20	Yvonne Pacheco	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Y. Pacheco
25/08/20	Anderson Jerez	C. Ext	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A. Jerez
25-08-20	Andrea Zapa	Aux. Admin	Admince	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A. Zapa
25/8/20	John L	MD	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. L
25/08/20	Monica Fof	Medico	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M. Fof
25-08-20	Jennifer Mathis	Asistencia	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	J. Mathis

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAMA03 Versión: 2 May 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva 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	Oloro de boca	Fatiga y Adormencia				
15-08-20	Abelardo Cortez	Analista SST	Admin	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25-08-20	Juan Figueroa	Ing. Sup. T	Admin	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25-08-20	Nubia Vasquez	Coord Sede	C. Sede	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25-08-20	Maria Julia Lopez	Aux Admin	Admin	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25-08-20	Nidia Salazar	Aux Formac	Admin	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	Juan Figueroa	Ing. Sup. T	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	Nubia Vasquez	Coord Sede	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	Abelardo Cortez	Analista SST	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	Maria Julia Lopez	Aux Admin	Admin	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	Nidia Salazar	Aux Formac	Admin	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27-08-20	Diana Gumb	Jepe Salud	Admin	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27-08-20	Juan Figueroa	Ing. Sup. T	Admin	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27-08-20	Maria Julia Lopez	Aux Admin	Admin	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27-08-20	Abelardo Cortez	Analista SST	Admin	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAMA03 Versión: 2 May 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nueva 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	Oloro de boca	Fatiga y Adormencia				
27/08/20	Cecilia Gonzalez	Medico	C. Ext	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27/08/20	[Firma]	Medico	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27/08/20	José Alfonso	Medico	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27-08-20	Claudio Montoya	Medico	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25-8-20	Joel Dora	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
28-08-20	Claudia R	Aux Admin	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27/08/20	[Firma]	MD	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
28-08-20	[Firma]	MD	C. Ext	N	N	36.5	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25/8/20	[Firma]	MD	C. Ext	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
27/8/20	[Firma]	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
25/8/20	[Firma]	Medico	C. Ext	N	N	36.0	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
28/08/20	[Firma]	Medico	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
28/08/20	Jennifer Morales	T.S	Asistencia	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
28/08/20	[Firma]	MD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26/08	Claudia Bonet	MD	C. Ext	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	[Firma]	MD	C. Ext	N	N	36.1	N	N	N	N	N	N	[Firma]	
26-08-20	[Firma]	Enfermera	C. Ext	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FORMA 003 Versión: 2 Ene-20 1 de 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar antropometría (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?		
26-8-20	Juan Fonseca	Psicólogo	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	M. G. Juan Pedro	Nutricionista	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	Odontol.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/8/20	John G...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/8/20	José D...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	José H...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Walter M...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Flora F...	Obstetra	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Claudia Montoya	Med. Biol.	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-8-20	Sonia G...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-8-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Claudia Rodríguez	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-8-20	Juan Fonseca	Psicólogo	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-8-20	José D...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-8-20	John G...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/8/20	Gerson C...	Med.	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FORMA 003 Versión: 2 Ene-20 1 de 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar antropometría (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o analgésicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus corona	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?		
26-8-20	Sonia G...	MD	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Andrés López	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	John G...	M. D.	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	José H...	M. D.	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Walter M...	M. D.	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Zuma Betancu	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Diana Ibarra	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08	Claudia Bonero	MD	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-8-20	Yeny Baralle	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08	Sonia G...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-8-20	Juan Fonseca	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Gilma R...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Claudia Montoya	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Sonia G...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Andrea Zipa	Aux. Admin	Odontol.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-8-20	José D...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	José H...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Ramona F...	MD	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Claudia Montoya	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F004A003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos, antiparasitarios o antiostrucos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?		
27/08/20	Johy Lar S	MD	C. ext	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25/08/20	M ^{ca} Juana Patricia	Nutricionista	C. ext	No	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F004A003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos, antiparasitarios o antiostrucos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?		
29/08/20	Xubio V.	O. Sede	C. Ext	No	SI	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F004A003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sistematología (Marcar con una X los variables que aplican)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos, antiparasitarios o antiostrucos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloraje	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?		
27/08/20	NICOLAS CALVO	Aux. Farmacia	Asistencial	No	No	36.3°C	No	No	No	No	No	No	[Firma]
27/08/20	NOEL ESPINO	Aux. Recepcion	Asist.	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
27/08/20	JULIAN VIGORAN	Farmacia y Farmacia	Farmacia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

Jersalud												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos 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 Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
24-08-20	MARCELO VELHO	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Hidalys Triana	Aux. Adm	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Diana Acero	Enfermera	Asist.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Julia Zabala	Reg Fax	Asist.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	ANIN RODRIGUEZ	Medico	Asist.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-8-20	Osvaldo Gutierrez	Medico	Asist.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Diana Acero	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Sonia Puv	Aux farm	Asist	NO	NO	35.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos 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 Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
24/08/20	Diana Acero	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	MARCELO VELHO	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	ANIN RODRIGUEZ	Medico	Asist.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Sonia Puv	Aux farm	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Diana Acero	Enfermera	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud												FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos 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 Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
25-8-20	MARCELO VELHO	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/8/20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/20	Diana Acero	Enfermera	Asist.	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/20	Julia Zabala	Reg Fax	Asist.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/20	Osvaldo Gutierrez	Medico	Asist.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/08/20	ANIN RODRIGUEZ	Medico	Asist.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/20	DIANA ACERO	Aux. enfer.	ASIS	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/8/20	Sonia Puv	Aux farmacia	Asist	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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

VIGILADO



SALIDA

Jersalud FIGAA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antivirales o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
5/08/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asisten	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
25-8-20	Mateluberto	Aux Farma	Asisten	NO	NO	36.6	N	NO	NO	NO	NO	Mateluberto
25/08/20	Sonia Pira	Aux. Farma	Asiste.	NO	NO	35.9	SI	NO	NO	NO	NO	Sonia Pira
5/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia Chaparro
25/08/20	Diana Cermeño	Enfermera	Asiste	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA CERMEÑO
25/8/20	Alicia Zabalza	Reg F.	Asiste	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Alicia Zabalza

ENTRADA

Jersalud FIGAA003
Versión: 2
may-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antivirales o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
6-8-20	Mateluberto	Aux farmacia	Asisten	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	Mateluberto
16-8-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia Chaparro
16/08/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A
08-08-20	Alicia Zabalza	Reg F.	Asiste	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Alicia Zabalza
14/08/20	Sonia Pira	Aux. Farmacia	Asisten	NO	NO	35.8	SI	NO	NO	NO	NO	Sonia Pira
16/08/20	Quilbeberes	Maestro	Asiste	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Quilbeberes

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Oficina Nacional, 010001910332
VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
SAUDA												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
26/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Apren	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asiste	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Diana Acevedo	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Miguel Velazquez	Aux. Jurn	Asiste	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Entrada.

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
SAUDA												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-08-20	Miguel Velazquez	Aux. Jurn	Asisten.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/8/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Adren	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/8/20	Diana Acevedo	Aux. Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
27/08/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Luis Zeballos	Rec. F.	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Sonia Pina	Aux. Comar.	Asiste	NO	NO	35.3	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/8/20	Orlando Herrera	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SALIDA

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
SAUDA												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27/08/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asiste	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Miguel Velazquez	Aux. Jurn	Asiste	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Diana Acevedo	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

Jersalud												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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en otra entidad?)		
27-08/20	Sandra Malaver	Aux. Administrativo	Linea Frente	SI	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dezaco
27-08/20	Luis Gilpin	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Gilpin
27-08/20	MILERA A. Quintanilla	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milera
27-08/20	McConstranzo B	Aux. Adm	Sic	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	McCon
27-08/20	Deisy Constanza	Administrador	COOP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
27-08/20	Cesar Camacho	Medico	COOP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
27-08/20	Deisy Vargas	aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
27-08/20	Alma Ramirez	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alma
27-08/20	Sergio Gaby	Reportero	Farmacia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio
27-08/20	Cabandubian	medico	Cox	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cabandubian
27-08/20	Drayana D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Drayana
27-08/20	Sebastian Rivera	Medico	Cox	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian

Jersalud												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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en otra entidad?)		
26-08	Alma Ramirez	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alma
26-08	McConstranzo B	Aux. Adm	Sic	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	McCon
26-08/20	MILERA A. Quintanilla	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milera
26-08/20	Drayana D.	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Drayana
26-08/20	Alma Ramirez	Administrador	COOP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alma
26-08/20	Cabandubian	medico	Cox	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cabandubian
26-08-20	Cesar Camacho	Medico	COOP	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar
26-08-20	Deisy Vargas	aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
26-08-20	Sandra Malaver	Aux. Administrativo	Linea Frente	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
26-08/20	Luis Gilpin	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Gilpin
26-08/20	Sebastian Rivera	Medico	Cox	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian
26-08/20	Sergio Gaby	Reportero	Farmacia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sergio

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondiflaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
25-08	Sandra Melara	Aux. Activo	Linea front	SI	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08	Ludví Gaitán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-8	McConstance B	Aux Adm	SIU	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	MILENA A. QUINERO I.	ATERMANA	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-20	Deyana Diaz	Aux. Farmacia	Ux. Farm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25.08.20	Sergio Cely	Regente	Farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25.08.20	Daisy Candia	Asesora	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25.8.20	Carla Camacho	MD	CEX	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-20	Daisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-20	Deyana Diaz	Medico	CEX	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-8-	Ana Romero	aux. Activo	Linea front	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-8-20	Sebastián Rivero	Medico	CEX	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)											FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondiflaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
24-8-	Ana Romero	aux. Activo	Linea front	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-8	McConstance B	Aux Adm	SIU	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-8	Deyana Diaz	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	MILENA A. QUINERO I.	ATERMANA	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Daisy Candia	Asesora	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Carla Camacho	MD	CEX	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-8-20	Carla Camacho	MD	CEX	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Daisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08	Sandra Melara	Aux. Activo	Linea front	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08	Sergio Cely	Regente	Farmacia	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08	Ludví Gaitán	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08/20	Sebastián Rivero	Medico	CEX	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24.8/20	Elvira Leizaola	Medico	CEX	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 0800909033

VIGILADO



6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
21-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	35.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-2020	Mery Cameo	Aux. Administrativo	línea de frente	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
21/08/20	Diana	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Diana	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
29/08/20	Diana	Enfermera	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Diana	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Diana	Enfermera	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
24-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
24-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
25-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
26-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
26-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
27-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]
27-08-2020	Arnaldo I. Domínguez	Médico General	CG	No	No	No	No	No	No	No	No	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27-8-20	Fanny Caicedo	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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



Jersalud												FIGA003
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2
												may-20
												1 DE 1
												Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
21-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
24-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
24-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
25-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
25-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
26-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
26-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
27-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
27-08-20	Ledy Castillo	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Guatemala

Jersalud												FIGA003
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión 2
												may-20
												1 DE 1
												Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
21/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
21/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
24/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
24/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
25/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
25/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
26/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
26/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
27/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR
27/08/20	Yuly Muñoz	Aux. Administrativa	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Yuly MR

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 024220000
 Línea de Consulta Nacional: 02400910332
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebrilantes o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
21/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
28/08/2020	Melina Pupo Moran	Medico General	Consultorio 6	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
												FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antifebrilantes o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondevaga	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
21-08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/08/20	Daniela Castro	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



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 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 virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odirología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
22-8-	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farmacia	NO	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	HU
24-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	HU
24-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	HU
25-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	HU
25-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HU
26-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	HU
26-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	HU
27-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	HU
27-8-20	Yanibe Velasquez	aux Farm	Farm	NO	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	HU

6.1.7 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Soatá

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 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 virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odirología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
21/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
21/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
21/08/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Floir
21/08/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Floir
21/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
21/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
21/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
21/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
21/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder
21/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder
24/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
24/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
24/08/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Floir
24/08/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Floir
24/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
24/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria
24/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
24/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Desy
24/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder
24/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Milder

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



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGMA003
											Versión: 2
											may 20
											1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario		
				Esta 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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
25/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGMA003
											Versión: 2
											may 20
											1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario		
				Esta 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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
27/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	DEISY LILIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/2020	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



6.1.8 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Moniquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may.-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-08-21	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-21	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-21	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-21	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-21	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-21	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-21	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may.-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-08-24	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-24	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-24	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-24	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-24	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-24	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-24	NESTOR HERNAN ALVAREZ MORENO	DOMICILIARIO	DOMICILIARIO	NO	NO	34	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión: 2 may.-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-08-25	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-25	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-25	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-25	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-25	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-25	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	FARMACIA	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-25	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

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



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-08-26	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-26	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-26	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-26	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-26	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-08-27	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-27	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-27	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-27	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-27	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	37,5	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-08-27	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Correo Nacional: 01800019333
VIGILADO



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta

6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

				Está desarrollando actividades o actividades de asistencia	No le es posible trabajar con seguridad por fuerza generada	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor tipo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro centro?	Firma del funcionario
27/08/20	Jenny Gutierrez	Aux enfermeria Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
27/08/20	Maria Mateus	Aux enfermeria Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Mateus
27/08/20	Mery Romero	Aux laboratorio Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mery Romero
27/08/20	Liliana Chacon	Bacteriología Asistencial	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon
27/08/20	Alexandra Pardo	Aux laboratorio Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Pardo
27/08/20	Sandra Peñaflores	Jefe de Calidad Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Peñaflores
27/08/20	Soleidad Linarez	Coordinadora Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Soleidad Linarez
27/08/20	Miguel Reina	Ing soporte tecnico Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Reina
27/08/20	Diana Duarte	Gerente analista Facturacion Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Duarte
27/08/20	Duvan Villagras	Facturacion Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Duvan Villagras
27/08/20	Sebastian Falta	Aux admin Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falta
27/08/20	Maria Beatriz	Aux TH Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Beatriz
27/08/20	Paola Galindo	Enfermera PUP Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo
27/08/20	Polarex Nario	Jefe admin TH Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Polarex Nario
27/08/20	Ivan Puentes	medico general Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Ivan Puentes
27/08/20	Ledy Velazquez	medico general Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Ledy Velazquez
27/08/20	Kamir Sabagal	medico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kamir Sabagal
27/08/20	Camila Gomez	odontologia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Camila Gomez
27/08/20	Patricia Camargo	Ambiente fisico Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo
27/08/20	Johana Urrego	Ambiente fisico Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Urrego
27/08/20	Vanessa Parada	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa Parada
27/08/20	Frica Hernandez	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Frica Hernandez
27/08/20	Gabriel Babilonia	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gabriel Babilonia

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

				Está desarrollando actividades o actividades de asistencia	No le es posible trabajar con seguridad por fuerza generada	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor tipo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro centro?	Firma del funcionario
27/08/20	Alex Ruiz	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex Ruiz
27/08/20	Analye Machado	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Analye Machado
27/08/20	Carolina Barbosa	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina Barbosa
27/08/20	Geremalda Suarez	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	Geremalda Suarez
27/08/20	Daniela Carroño	Aux Farmacia Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela Carroño
27/08/20	Wilder Nuñez	Regente Farmacia Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wilder Nuñez
27/08/20	Feddy Garcia	Regente Farmacia Asistencial	NO	NO	37.4	SI	NO	SI	NO	NO	NO	Feddy Garcia
27/08/20	Paola Tumbala	Aux admin Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Tumbala
27/08/20	Yuli Beltrán	Aux admin Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli Beltrán
27/08/20	Aura Roa	Aux admin Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Roa
27/08/20	Maria Navarro	Aux admin Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Navarro
27/08/20	Diego Berarango	Atencion al usuario Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Diego Berarango
27/08/20	Darwin Gomez	medico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Darwin Gomez
27/08/20	Fior Castro	odontologia Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Fior Castro
27/08/20	July Rojas	medico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	July Rojas
27/08/20	Johana Cardaba	medico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Cardaba
27/08/20	Karina Arango	medico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Karina Arango
27/08/20	Esor Suarez	medico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esor Suarez
27/08/20	Mazuela Nomares	Aux odontologia Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mazuela Nomares
27/08/20	Luz Ramirez	Aux fisico Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez
27/08/20	Tate Romero	Psicologia Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Tate Romero
27/08/20	Taddy Torres	Enfermera Pref Trabaja para social Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Taddy Torres
27/08/20	Adriana Per		NO	NO								Adriana Per

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre	Categoría	Es el responsable de la seguridad personal y de la de los demás?	Se ha recibido capacitación en bioseguridad?	Se ha recibido capacitación en primeros auxilios?	Tasa	Difícil de respirar	Dolor de cabeza	Fatiga y náuseas	Trabaja en área ventilada	Firma del trabajador
26/08/20	Jovana Cordoba	Médico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Maringa Arango	Médica general Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Luz Ramirez	Asistente Ambiental Médico	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Jose Romero	Psicología Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Joddy Torres	Enfermera Prof Asistencial	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Jenny Gutierrez	Aux enfermería Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Soledad Linares	Coordinadora Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Milivel Reina	Ing soporte Técnico	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Maria Mateus	Dux Formado Atención al usuario	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Airga Bocanegra	Aux admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Selustian Falla	Aux admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Aura Landate	Analista SST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Divan Villalaz	Trabajadora social Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Adriana Rey	Asistente Ambiental Psico	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Johana Urrego	Asistente Ambiental Psico	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Patricia Camayo	Médica general Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Ledy Velazquez	Médica general Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Yamir Sabagal	Médico general Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Gabriel Babilonia	Aux farmacia Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Sandra Pinillosa	jefe de calidad Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Silvia Durate	Gerente Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Wilson Gutierrez	Guarda Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/08/20	Katherine Enrique	Aux admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombre	Categoría	Es el responsable de la seguridad personal y de la de los demás?	Se ha recibido capacitación en bioseguridad?	Se ha recibido capacitación en primeros auxilios?	Tasa	Difícil de respirar	Dolor de cabeza	Fatiga y náuseas	Trabaja en área ventilada	Firma del trabajador
25/08/20	Adriana Rey	Trabajadora social Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Johana Urrego	Asistente Ambiental Psico	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Johana Urrego	Asistente Ambiental Psico	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
25/08/20	Ledy Velazquez	Médico general Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Yamir Sabagal	Médico general Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Blas Barreto	Psiquiatra Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Camila Gomez	Odonatologa Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Omar Avila	Psiquiatra Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Wilson Gutierrez	Guarda Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Katherine Enrique	Aux admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Emeralda Camayo	Aux farmacia Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Aura Ruiz	Aux farmacia Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Carolina Barbera	Aux farmacia Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Daniela Correda	Aux admin Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Angie Machado	Aux farmacia Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Walter Novillo	Regente farmacia Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Alexandra Parbo	Aux laboratorial Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Xeli Beltran	Aux admin Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Aura Roca	Aux admin Admin	NO	NO	36.7	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Paola Tullibio	Aux admin Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Maria Navarro	Aux enfermería Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Daniela Gomez	Médica general Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	Camila Gomez	Odonatologa Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26/08/20	July Rojas	Médico general Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



Formato de Verificación del Estado de Salud de los Trabajadores

Fecha	Nombre	Cargo	Asistencia	Temperatura	Fiebre	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrino	Fiebre y Adenopatía	Tratado en otra entidad?	Firma del trabajador
25/08/20	Joviana Cardona	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Karina Arango	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Cesar Guerrero	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	José Raulo	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	S:	NO	[Firma]
25/08/20	Juddy Torres	Enfermera Pro	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Jeny Gutiérrez	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	María Marín	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Salvador Linares	Coordinadora	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Sandra Delacruz	Dir de Calidad	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Dany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Sebastian Falla	Aux admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Duvan Villegas	Analista de facturación	Admin	S:	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Liliana Charca	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Ulmaria Parra	Aux Laboratorio	Asistencial	NO	S:	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Katherine Chique	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Mery Romero	Aux Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Esmeralda Guerrero	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Wilder Navea	Recepción Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Gabriel Babiana	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Marcia Morales	Aux Odontología	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Larrea Estuza	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Patricia Comargo	Asistente Físico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Mamei Peña	Fisioterapia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Formato de Verificación del Estado de Salud de los Trabajadores

Fecha	Nombre	Cargo	Asistencia	Temperatura	Fiebre	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrino	Fiebre y Adenopatía	Tratado en otra entidad?	Firma del trabajador
24/08/20	Karin Melo	Dir. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Cabriel Babiana	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Esmeralda Guerrero	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Miguel Reina	Ing. Soporte técnico	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Ivan Puentes	Médico general	Asistencial	S:	NO	36.4	NO	NO	S:	NO	[Firma]
24/08/20	Wilder Velazquez	Médico general	Asistencial	NO	S:	36.2	NO	NO	NO	S:	[Firma]
24/08/20	Yamile Jalegual	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Ricardo Castro	Odontólogo	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Wilder Navea	Recepción Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Patricia Comargo	Asistente Físico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Salkana Urreola	Asistente Físico	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Wilson Gutiérrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Carolina Barbara	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Rudy Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Randy Ruiz	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Dorela Carreón	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Roxana Machado	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Mil Bethan	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Flor Castro	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Aura Raa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Paola Tullio	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Paola Tullio	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25/08/20	Maria Navarro	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	S:	[Firma]
25/08/20	Durán Gomez	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	S:	[Firma]
25/08/20	July Rojas	Médico general	Asistencial	S:	NO	36.5	NO	NO	NO	S:	[Firma]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
				Verificar síndromes respiratorios (marcar con una X las variables que aplican)								
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
24/08/20	Yuly Boltran	Aux admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Laura Roa	Aux admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Maria Navarro	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Darwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/08/20	Juli Rojas	Medico general	Asistencial	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Jovana Cardozo	Medico general	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Larissa Arango	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Rosar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Marcela Morales	Aux odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Diego Bocanegra	Atencion al Usuario	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Luz Ramirez	Auxiliar Psicologo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Eduardo Roa	Medicina interna	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	José Ramos	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Jaddy Torres	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Liliana Chacón	Enfermera Prof	Asistencial	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Liliana Chacón	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Katherine Chigote	Aux admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Alexandro Pardo	Aux laboratorio	Asistencial	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Soleida Linares	Coordinadora de la Sede	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Sandra Betolaza	Jefe de Calidad	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Dany Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Rosita Tumbula	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Pandra Rey	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
				Verificar síndromes respiratorios (marcar con una X las variables que aplican)								
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
24/08/20	Kathleen Chigote	Aux laboratorio	Auxiliar	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Johanna Vargas	Ambulador Fijado	Auxiliar	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Catalina Barona	Aux farmacia	Auxiliar	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Alexandro Rojas	Aux laboratorio	Auxiliar	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Andrésar Zuriga	CX Ora	Auxiliar	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Giana Arango	Med General	Auxiliar	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Diego Bocanegra	Aux Adm	Auxiliar	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Daniela Corrao	Aux Adm	Asistencial	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Florencia	Coord Farmacia	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Juan Enrique	Domestico	Auxiliar	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Luis Rodriguez	Guarda	Auxiliar	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Patricia Carrasco	Ambulador Fijado	Auxiliar	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Luz Dany Ramirez	Ambulador Fijado	Auxiliar	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	NINA Pinheiro	Medico General	Auxiliar	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/08/20	Jeny Velazquez	Medico General	Auxiliar	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/08/20	Yamila Soboga	Medico General	Auxiliar	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Floralba Castro	Odontologa	Auxiliar	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Ruby Ruiz	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Camila Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Daniela Carrero	Aux auxiliar c.	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Angie Machado	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Mery Rojas	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/08/20	Nindy Saltao	Aux enfermería	Asistencial	NO	en espera	36	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 0180007010303

VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido síntomas gripales los días confirmados para enfermarse por nuevo diagnóstico	Verificar / confirmar (Marcar con X las variables que aplican)								Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
21/08/20	Windy Baltan	Aux. Ejecutiva	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mora
21/08/20	Maria E. Navarro	Aux. Ejecutiva	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mora
21/08/20	Lily Baltan	Aux. Adm.	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Auro Vega	Aux. Adm.	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Marina Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Dolly Rojas	Medico General	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Josanna Landolt	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Cesar Gomez	Medico General	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Olivia Avila	Psiquiatra	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cumbal
21/08/20	Maria Camilo Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Marlene Bolivar	Aux. Odontologa	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Luz Willy Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Jore Romero	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Jeddy Torres	Aux. Ejecutiva	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Karina Gonzalez	Quimica	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Diana Dora	Guanta	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Sandra	Maestra de Calidad	Adm.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Solidad Laguer	Cox. Sede Uiva	Adm.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Adriana Rey	Trolog. social	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Wilder Nova	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Ruby Ruiz	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec
21/08/20	Liliana Unzueta	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amec

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o inmunización	Ha tenido síntomas gripales los días confirmados para enfermarse por nuevo diagnóstico	Verificar / confirmar (Marcar con X las variables que aplican)								Firma del trabajador
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
20/08/20	Cesca Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Marcela Morales	Aux. Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
20/08/20	Jeddy Torres	Enfermera Prof.	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Adriana Rey	Trologadora social	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Katherine Chigote	Aux. Admin.	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marylly Romero
20/08/20	Meryl Romero	Aux. Ejecutiva	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Sandra Penaloza	Maestra de Calidad	Admin.	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Solidad Laguer	Coordinadora de Sede	Admin.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Wilder Nova	Representante Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Carolina Bontasa	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Ruby Ruiz	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Liliana Chagal	Bacteriologa	Asistencial	NO	NO	36.4	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Luz Ramirez	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Patricia Camargo	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Johana Urrego	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Wilder Gutierrez	Guanta	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Juan Puentes	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Leidy Velazquez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Karlie Salvagoal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
20/08/20	Camila Gomez	Odontologa	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Gabriel Bolarino	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Simón de Guzman	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules
21/08/20	Angel Machado	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jules

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Gestó consumo de medicamentos, antivirales o vacunación	No se vio evidencia visible con COVID confirmado por prueba genotípica	Punto igual o mayor a 35°C	Verificar sistemáticamente (Muestr con una 7, 35 escalones (10-100 g.))					Firma de funcionario
							Tsa	Dificultad Respiratoria	Odontología	Pulso y Adicción	Temperatura en una oreja	
2020-08-21	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-21	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-21	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-22	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-22	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-22	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-22	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-22	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-24	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-24	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-24	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-24	NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-25	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-25	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-25	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-25	NAIRA GUERRA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37,2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

2020-08-26	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-26	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-26	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	LILIANA FONSECA	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-26	NAIRA GUERRA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-27	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-27	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-27	IMNA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-27	JORGE ENRIQUE CLAVIO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-27	DAMARIS ESTRADA CAICEDO	REGENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-27	NAIRA GUERRA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Linea de Consulta: 018000910303

VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verifique síntomas (Marcar con una X las variables que apliquen)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otinorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
20-08-20	Sandra P	enf.	P4P	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-08-20	Sandra P	enf.	PPP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Sandra P	enf.	P4P	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-20	Sandra P	enf.	P4P	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Sandra P	enf.	PPP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Sandra P	enf.	P4P	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Año de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verifique síntomas (Marcar con una X las variables que apliquen)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otinorragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
25-08-20	Leidy Florez	Repet. familiar		NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Leidy Florez	Repet. familiar		NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Leidy Florez	Repet. familiar		NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Valorar: Sintomatología (Marcar con X, las variables que aplican)									Firma del funcionario
				Esta 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	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
01-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
03-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
04-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36.6	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
05-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.3	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
06-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
10-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
11-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
12-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.4	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
13-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36.4	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
14-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36.8	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
15-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.4	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
17-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
18-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
19-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
20-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.4	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
21-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	35.8	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda
24-08-20	Jeddy Morda	Legante	Financ	N	N	36.3	N	N	N	N	N	N	Jeddy Morda

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Valorar: Sintomatología (Marcar con X, las variables que aplican)									Firma del funcionario
				Esta 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	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
25-08-20	Gloria Bandy	Año	Financ	N	N	36	N	N	N	N	N	N	Gloria Bandy
26-08-20	Gloria Bandy	Año	Financ	N	N	37	N	N	N	N	N	N	Gloria Bandy
27-08-20	Gloria Bandy	Año	Financ	N	N	37	N	N	N	N	N	N	Gloria Bandy

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 2019
 Vigilado

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar si tiene síntomas (marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
01-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	36	no	no	no	no	no	Glora Benda
03-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	35.8	no	no	no	no	no	Glora Benda
04-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	36.3	no	no	no	no	no	Glora Benda
05-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	36	no	no	no	no	no	Glora Benda
06-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	36.8	no	no	no	no	no	Glora Benda
10-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	36	no	no	no	no	no	Glora Benda
11-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	35.9	no	no	no	no	no	Glora Benda
12-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	35.3	no	no	no	no	no	Glora Benda
13-08-20	Glora Benda	Amb físico	Serv	no	no	36.2	no	no	no	no	no	Glora Benda
14-08-20	Glora B	A físico	Serv	no	no	36	no	no	no	no	no	Glora B
15-08-20	Glora B	A físico	Serv	no	no	35.9	no	no	no	no	no	Glora B
17-08-20	Glora Benda	A físico	Serv	no	no	35.4	no	no	no	no	no	Glora B
18-08-20	Glora Benda	A físico	Serv	no	no	35	no	no	no	no	no	Glora B
19-08-20	Glora Benda	A físico	Serv	no	no	36.3	no	no	no	no	no	Glora B
20-08-20	Glora Benda	A físico	Serv	no	no	36.8	no	no	no	no	no	Glora B
21-08-20	Glora Benda	A físico	Serv	no	no	36	no	no	no	no	no	Glora B
24-08-20	Glora Benda	A físico	Serv	no	no	35.9	no	no	no	no	no	Glora B

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar si tiene síntomas (marcar con una X las variables que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
20-08-20	Liliana Rojas	A enf	Serv	no	no	36.5	no	no	no	no	no	Liliana Rojas
21-08-20	Liliana Rojas	A enf	Serv	no	no	36.8	no	no	no	no	no	Liliana Rojas
24-08-20	Liliana Rojas	A enf	Serv	no	no	36.3	no	no	no	no	no	Liliana Rojas
25-08-20	Liliana Rojas	A enf	Serv	no	no	35.8	no	no	no	no	no	Liliana Rojas
26-08-20	Liliana Rojas	A enf	Serv	no	no	36.8	no	no	no	no	no	Liliana Rojas
27-08-20	Liliana Rojas	A enf	Serv	no	no	35.4	no	no	no	no	no	Liliana Rojas



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	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trataje en otro estable?	Firma del trabajador
17-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-08-20	Liz Machado	Medico	Cons 1	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y 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	Odnofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trataje en otro estable?	Firma del trabajador
2020-08-21	Luz Mariana Ferraz	AMBIENTE RÍO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-21	RONNY CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-24	Luz Mariana Ferraz	AMBIENTE RÍO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-24	RONNY CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-25	Luz Mariana Ferraz	AMBIENTE RÍO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-25	RONNY CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-25	MARITZA DIAZ GUZMAN	AJE DE LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	Luz Mariana Ferraz	AMBIENTE RÍO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-26	RONNY CASTRO	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2020-08-27	Luz Mariana Ferraz	AMBIENTE RÍO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-27	ANA MARGARITA ZAMBRANO	AUXILIAR ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-08-27	JOSE ROBERTO MEJIA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800091030



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en obra infectada?	Firma del Funcionario
23/08/2020	MARLY JELETH CABO CALDERON	AUXILIAR/A	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/08/2020	RODOLFO CASTRO	ODONTOLÓGICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/08/2020	MARITZA DÍAZ GUZMAN	AUXILIO LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Verificar si tiene fiebre (Mantener una tabla para el seguimiento diario)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odnalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en obra infectada?	Firma del Funcionario
24/8/2020	ESPERANZA GUZMÁN	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	OLINDA MURELO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	EMILIA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	DIEGO BARÓN	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/8/2020	MARILYN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/8/2020	ANDREA SAKTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	ALEXANDRA CAJEDENS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	GRIFFY ZANONIA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	SONIA RICHORDIEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003 Versión: 1 06-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-infecciosos o anticancerígenos	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
23/08/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	DIVINA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	Diego BARDI	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	MARIN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIJENISTA CIVIL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	SONIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
23/08/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA 003 Versión: 1 06-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-infecciosos o anticancerígenos	Ha habido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odiología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
26/08/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	DIVINA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	Diego BARDI	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	MARIN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIJENISTA CIVIL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	GREICY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	SONIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>
26/08/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	<i>[Firma]</i>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1	
Verificación de los datos (Ingresar en cada fila los datos que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro estable?	Firma del funcionario
27/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	ingrid h
27/8/2020	OLINDA MURIELO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	H
27/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana S
27/8/2020	DIEGO RAMON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	Diego R
27/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R
27/8/2020	MARIVAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	Marivan C
27/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea S
27/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C
27/8/2020	GRICELY ZAVORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Gricely Z
27/8/2020	JAVIER FERRERA	RECIENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
27/8/2020	SONIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia B
27/8/2020	FUERDIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Fuerdia R

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1	
Verificación de los datos (Ingresar en cada fila los datos que aplican)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos anti-inflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro estable?	Firma del funcionario
28/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	ingrid h
28/8/2020	OLINDA MURIELO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	H
28/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Diana S
28/8/2020	DIEGO RAMON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	Diego R
28/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan R
28/8/2020	MARIVAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Marivan C
28/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea S
28/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra C
28/8/2020	GRICELY ZAVORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Gricely Z
28/8/2020	JAVIER FERRERA	RECIENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	JAVIER
28/8/2020	SONIA BORDABUENA	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia B
28/8/2020	FUERDIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Fuerdia R

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Linea de Consulta Nacional: 01 8000 910333
VIGILADO



6.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTES SINTOMAS COVID-19 JERSALUD S.A.S. PLATAFORMA ALISSTA											
NIT EMPRESA	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 13:44:16	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 18:23:09	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 13:16:32	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:50:45	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 11:23:29	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 12:52:06	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 18:12:48	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 18:20:38	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 14:02:37	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:44:34	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:32:59	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 18:40:47	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:21:26	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 11:47:04	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 12:58:52	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:50:54	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 15:46:47	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 06:47:29	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 18:23:50	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:01:24	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 08:10:06	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 08:00:49	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:41:50	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 17:50:13	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 10:51:35	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:28:17	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 13:16:27	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:17:12	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:38:48	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:59:44	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 14:53:07	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 18:12:23	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 10:33:47	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 06:50:26	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 16:46:09	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:31:36	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:54:55	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 17:42:41	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 22:15:48	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 10:27:49	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 11:13:46	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 13:25:59	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 17:58:19	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:38:56	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 11:36:01	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 13:08:14	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 14:52:06	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:51:41	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:30:51	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 08:38:58	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 13:50:03	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:26:23	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 14:56:49	CC	105338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 08:15:56	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:25:23	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 10:13:55	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 13:46:24	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:03:11	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:09:37	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:27:20	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 15:54:22	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 18:23:00	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:28:29	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 14:06:22	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:37:32	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 13:24:06	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000190383
 Línea Corrala Bogotá: 018000190383

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 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 18:12:28	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:23:06	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:36:50	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 12:59:22	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 09:42:22	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 06:11:51	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 23:08:07	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 16:50:33	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:13:46	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 09:43:38	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 08:11:07	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 18:48:55	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 15:09:23	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 12:56:38	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 13:29:07	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 11:47:04	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:10:47	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:28:09	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 09:04:28	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:45:13	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 09:17:52	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:53:33	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 11:53:06	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 08:14:21	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:54:24	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 17:35:22	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:49:54	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:49:35	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 10:45:38	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:04:13	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 16:55:33	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:05:33	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 09:04:38	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 10:17:06	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:02:14	CC	1090394053	MORALES	TEJEDOR	LEYDDY	AZUCENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 06:31:57	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
 Línea Corrala Bogotá: 018000910303

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:10:43	CC	1090495225	VARGAS	PALACIOS	MARIA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 10:36:45	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 09:44:07	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 09:59:55	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:13:21	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:41:01	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:26:26	CC	1118554078	LOPEZ	ZIPA	ANGELA	CONSUELO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:14:12	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 15:52:24	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:32:47	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:18:11	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:35:53	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:18:54	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 18:19:07	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:29:41	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 16:03:12	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 19:26:12	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:05:31	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 17:32:21	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 16:00:44	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:36:25	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 10:22:09	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:35:39	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 12:10:45	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:56:02	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:17:03	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:57:40	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 09:52:53	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 22:46:49	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:01:41	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 14:40:57	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:33:39	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:10:51	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 14:50:23	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:17:20	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 12:54:59	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**

900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:00:54	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:47:41	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 09:55:01	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:01:39	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:34:29	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:31:43	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:52:22	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:02:25	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:16:05	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 13:16:25	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 21:02:32	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 12:28:34	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:10:51	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:14:36	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 15:10:23	CC	1118570378	CEDEL	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 22:51:06	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 06:59:52	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 10:02:26	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:43:59	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:54:32	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 09:00:33	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 10:00:16	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 09:41:46	CC	1002461363	CHAPARRO	CHAPARRO	DIANA	SOFIA	BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 17:22:33	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 18:18:04	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:10:40	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 09:20:48	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:46:14	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:05:26	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:26:52	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 17:30:48	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:11:55	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:53:32	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 09:05:48	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 15:17:24	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 20:26:35	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:59:08	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:33:17	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 15:15:04	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 06:34:48	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 10:29:50	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 09:40:17	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 08:57:26	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:27:19	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:53:49	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:09:03	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 09:41:07	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:15:38	CC	40402032	CORREDOR	TIGREROS	ADRIANA	VICTORIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:38:27	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 14:51:00	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 13:30:55	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:02:55	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:37:00	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:13:34	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:19:03	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 16:49:42	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:24:29	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:27:10	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 08:21:34	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 13:02:55	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 20:05:48	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:11:38	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 18:32:59	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 11:51:40	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 13:13:27	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 12:07:26	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 13:52:17	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 20:16:03	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:17:31	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:49:03	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 08:54:28	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 11:52:45	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO

www.jersalud.com

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



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 14:24:43	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 20:16:41	CC	1002461363	CHAPARRO	CHAPARRO	DIANA	SOFIA	BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 20:39:49	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 06:56:43	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:31:10	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 14:07:15	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:13:58	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 11:25:56	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:07:01	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 07:31:02	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 15:44:58	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:56:48	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:04:57	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:35:34	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 10:07:40	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 06:58:15	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 13:18:57	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 15:26:12	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 11:28:13	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 11:45:32	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 09:52:43	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 15:06:30	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:04:22	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:31:50	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 16:51:51	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 13:10:52	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 09:13:24	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 20:37:55	CC	1002461363	CHAPARRO	CHAPARRO	DIANA	SOFIA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 19:09:24	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:22:43	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:40:22	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:13:38	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:29:20	CC	1002461363	CHAPARRO	CHAPARRO	DIANA	SOFIA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:40:54	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:03:49	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:10:40	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303
 Línea Corrala Bogotá: 018000910303

www.jersalud.com



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



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 10:48:00	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:04:21	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:36:53	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:39:37	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 08:35:48	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:45:16	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 09:45:27	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 11:22:29	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 19:27:21	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:41:35	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 22:54:35	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:48:14	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 11:31:39	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:17:44	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:37:13	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 16:20:47	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	SI
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 23:45:25	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:17:33	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 15:20:23	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 22:21:24	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 09:57:19	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 08:35:06	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:01:00	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 10:52:21	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 06:59:49	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 08:13:33	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:03:41	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	SI
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 03:55:27	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:24:44	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	SI
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 15:58:06	CC	46672546	MALAVAR	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 12:23:57	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:36:47	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 14:34:27	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 10:48:23	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 07:26:57	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 13:27:35	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO

www.jersalud.com



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019
Informe General Bioseguridad **Semana 4 de Agosto**



900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 14:42:21	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 10:02:48	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 19:09:15	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:32:01	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 17:42:36	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 07:03:47	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:37:30	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:40:20	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 09:28:02	CC	33480734	CORDOBA	ESTEPA	MARTHA	CECILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:30:59	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 08:30:26	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 09:36:36	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:35:39	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 17:28:41	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 22:48:47	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 13:30:09	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 18:08:15	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 10:00:59	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:07:40	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 10:40:04	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 10:27:52	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 11:42:06	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 15:56:17	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 07:04:40	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 22:29:34	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:54:59	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 13:24:33	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	SI
900622551	JERSALUD SAS	21/08/2020 12:07:11	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:03:11	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 12:23:41	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:40:43	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:15:41	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:36:41	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:28:51	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 22:33:40	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 07:35:52	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 018000190302

www.jersalud.com



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



900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 08:57:07	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:27:13	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:31:13	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 09:38:41	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	SI
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 08:02:42	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 11:37:19	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:38:23	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:08:25	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 14:03:38	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:36:45	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 13:05:15	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 08:51:29	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	23/08/2020 22:15:19	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	24/08/2020 09:58:27	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/08/2020 10:26:33	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	22/08/2020 12:37:52	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 07:43:04	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	25/08/2020 12:53:04	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	META	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/08/2020 09:39:15	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	META	NO

6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad





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



7. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	40		580	31	2		29
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	400	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	1800	100		1700	680	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	150	50		100	8			8
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	200	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	150	50		100	130	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20		6



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	149	30		119	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	60	40
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	100	100		0	160	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	6	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	130	50		80	13			13
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	5			5	100	20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	550	50		500	130	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0180001910383
 Línea de Control Nacional: 0180001910382



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	80	10		70	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	90	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	150	50		100	30	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	80	10		70	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	90	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	150	50		100	30	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	80	10		70	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	90	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	150	50		100	30	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	80	10		70	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	90	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	150	50		100	30	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	1400	500	1600	2500	53	20		33
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	23			23	1800	300
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	2800	1500		1300	1300	500
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	100			100	45	

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	2150	150	0	2000	16	3	0	16
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	Jersalud SAS	18	1	0	17	600	100
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	Jersalud SAS	110	16	0	94	275	8
* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL									
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	Jersalud SAS	5	0	0	5	5	0



7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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 CAJAS	4 CAJAS	12	0	10	22

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	100	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	28	1	6	33	20	6

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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



7.1.2.3 Sede Granada

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	3 CAJAS	1 CAJA	4	6	5 UNIDAD	2 UNIDAD	10 UNIDAD	13 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	1	1	0	0	15 UNIDAD	7 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	3 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA S 3 CAJAS TALLA L	1 CAJA TALLA M	2 CAJAS TALLA M	4 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA L 3 CAJAS TALLA S	30 UNIDAD	10 UNIDAD

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIÓN	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	3	0	3	3	3	0

www.jersalud.com



7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	22	11	25	25	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	1	0	1	1	18	11

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	7	2	5	5	15	16

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	0	0	0	0	0	0



7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	10	5	200	200	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto gaitan	1	0	2	3	4	4

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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	10	6

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 27 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

www.jersalud.com



7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 27 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	254	60	0	112	6	6	10	10

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 27 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	0	0	1	100	1

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 27 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	JERSALUD SAS – YOPAL	6 CAJAS	9 CAJAS	0	7 CAJAS	112	6

* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 27 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5



7.2 Proyección adquisición EPP
7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

Jersalud S.A.S.		FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS						F(GD)003 Versión: 01 ago-09 Página 1 de 1	
Tipo de Orden: Compra <input checked="" type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Fecha: 18/05/2020		Consecutivo No. 8215					
Cotización: C-1-418		Cual: _____							
Proveedor: SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS		NIT: 901.222.681-7		Teléfono: 321388527					
CONCEPTO						VALORES			
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCION ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA		
1	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	CUCHILLA PARA SISTURI N° 10	1	\$ 29.496	\$ 29.496		
2	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	JERINGA 5 ML. CIA 21X1-10 UNO	100	\$ 210	\$ 21.000		
3	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	ROXICANA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	4	\$ 2.680	\$ 10.716		
4	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	TOWALLS DE ALGODON IMPREGNADO CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70% CAJA X 100 MEDICAL SUPPLIES	9	\$ 9.200	\$ 82.800		
5	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	MICROPORRE PIEL 3x10 YDAS CUREBANDROLLO	1	\$ 5.200	\$ 5.200		
6	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	GUANTE LATEX TALLA M TUFFLOVE CAJAX100	25	\$ 28.500	\$ 712.500		
7	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	ESPEJULO FOTOCOPIOD (DESECHABLEADULTO)	16	\$ 7.200	\$ 115.200		
8	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	ROXICANA JALEA UNIDAD	12	\$ 10.500	\$ 126.000		
9	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	YODOPOVIDONA SOLUCION X 60 MK	1	\$ 4.200	\$ 4.200		
10	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	BATA PACIENTE ADULTO - MANGA CORTA	170	\$ 3.800	\$ 646.000		
Detalle por sucursal						Subtotal gravado	\$ 1.733.114		
IVA						EXCENTO DE IVA			
						IVA 5%			
						IVA 19%			
						TOTAL A PAGAR	\$ 1.733.114		
CONDICIONES GENERALES									
Tiempo de Entrega:	INMEDIATA	TRENTA DIAS	SESENTA DIAS	OTRO					
Forma de Pago:	CONTADO	TRENTA DIAS	SESENTA DIAS	OTRO					
Moneda:	PESOS COLOMB.	DOLARES	EUROS	OTRO					
TRM A UTILIZAR									
GARANTIA									
FIRMA DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA NOMBRE: JULIETH ELIANA ARACUE SOSA CARGO: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO									
DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA: ELABORO: JOANA BOSIGAS CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA TELEFONO: 3219159617									
CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA.									
El VENDEDOR se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes sanciones: 1. En caso que la compra se realice en divisas o moneda internacional se mantendrá el valor de dicha divisa o moneda según lo pactado en la negociación. 2. El pago de los perjuicios ocasionados a JERSALUD S.A.S que se basan en un 10% del valor total de la compra. 3. Se permite a la JERSALUD S.A.S declarar fallida la compra, por incumplimiento del vendedor, permitiéndole dar por terminada o cancelada la orden de compra sin lugar a pago alguno al vendedor. JERSALUD S.A.S informara por escrito al VENDEDOR cuales de las sanciones aplicará. La presente orden de compra presta merito ejecutivo. 4. En caso de compra de Activos Fijos se debe anejar la siguiente documentación a que tenga lugar, la cual se deberán radicar en el momento de la entrega del activo. De igual forma se aclara que la no radicación de la documentación detendrá el proceso administrativo de la factura para su correspondiente pago.									
1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TECNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL						
2	DECLARACION DE IMPORTACION	14	FACTURA DE VENTA						
3	ACTA DE ENTREGA O REMISION POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACION NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACION DEL FABRICANTE						
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA						
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGIA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE						
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTIA						
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TECNICO						
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACION						
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INGENIEROS, ALICATORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS						
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGIA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFONICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS						
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNETICO Y FISICO	23	CERTIFICADO DE PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACION SEGUN FABRICANTE						
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNETICO Y FISICO								
Favor anejar esta orden de compra y servicios a la factura o cuenta de cobro									

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910332
VIGILADO



Jersalud		FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS				FORMATORIO DE COMPRAS Versión: 01 ago-20 Página 1 de 1	
Fecha:		18/08/2020					
Tipo de Orden:		Compra <input checked="" type="checkbox"/>		Servicios <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	
Cotización:		DP-21-143		Consecutivo No. 8218		Cual:	
Proveedor:		DISTRIBUIDORA PROYECTAR SAS		NIT 900.489.319-3		Telefono 320006806	
CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACION	DESCRIPCION ESPECIFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	CINTA METRICA (ALTURA UTERINA) 50 CM	2	\$ 4.334	\$ 8.668
2	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	DISFRACES DE PROTECCION DE 2' (70CM) X 10' YARDAS, COLOR BLANCO CAJA X 4 ROLLOS ***	1	\$ 28.372	\$ 28.372
3	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	CAJAS DE PROTECCION TRANSPARENTES SET X 10 UNDS ***	1	\$ 190.000	\$ 190.000
4	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	GUARDIAN 2.9 LT	5	\$ 3.685	\$ 18.325
5	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	POLARIS PQ X 50 UNDS ***	1	\$ 67.500	\$ 67.500
6	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	APLICADORES EN MADERA CON APLICACION PQ X1000 UNDS	1	\$ 26.750	\$ 26.750
7	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	MAQUA PRECORTADA ESTILO DE 7,5 CMX X 7,5 CMX (3 X 3) CAJA X 24 SOBRES ***	4	\$ 12.680	\$ 50.768
8	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	GUANTES LATEX TALLA S CAJA X 100 UNDS ***	14	\$ 31.050	\$ 434.700
9	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	TAPABOCAS N-85 PAQ. X 20 UNDS. ***	4	\$ 66.000	\$ 272.000
Detalle por sucursal						Subtotal gravado	\$ 1.907.983
IVA						EXCENTO DE IVA	
						IVA 5%	
						IVA 19%	\$ 191.348
						TOTAL A PAGAR	\$ 1.198.429
CONDICIONES GENERALES							
Tiempo de Entrega:	INMEDIATA <input checked="" type="checkbox"/>	TRENTA DIAS <input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>			
Forma de Pago:	CONTADO <input type="checkbox"/>	TRENTA DIAS <input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>			
Moneda:	PESOS COLOMB. <input type="checkbox"/>	DOLARES <input type="checkbox"/>	EUROS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>			
TRM A UTILIZAR							
GARANTIA							
 FIRMA Y DE QUIEN AUTORIZA LA COMPRA NOMBRE: JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA CARGO: COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO							
DATOS DE QUIEN DILIGENCIA LA ORDEN DE COMPRA: ELABORO: JOANA BOSGAS CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA TELEFONO: 3219159817							
CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA.							
El VENDEDOR se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes sanciones: 1. En caso que la compra se realice en divisas o moneda internacional se mantendrá el valor de dicha divisa o moneda según lo pactado en la negociación. 2. El pago de los perjuicios ocasionados a JERSALUD S.A.S que se taxan en un 10% del valor total de la compra. 3. Se permite a la JERSALUD S.A.S declarar fallida la compra, por incumplimiento del vendedor, permitiéndole dar por terminada o cancelada la orden de compra sin lugar a pago alguno al vendedor. JERSALUD S.A.S informa por escrito al VENDEDOR cuales de las sanciones aplicará. La presente orden de compra presta mérito ejecutivo. 4. En caso de compra de Activos Fijos se debe anejar la siguiente documentación a que tenga lugar, la cual se deberá radicar en el momento de la entrega del activo. De igual forma se aclara que la no radicación de la documentación detendrá el proceso administrativo de la factura para su correspondiente pago.							
1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TECNICA ESPECIFICANDO VIDA UTIL				
2	DECLARACION DE IMPORTACION	14	FACTURA DE VENTA				
3	ACTA DE ENTREGA O REMISION POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACION NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACION DEL FABRICANTE				
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE CALIBRACION POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA				
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGIA Y/O CREADO EMITIDO POR EL FABRICANTE				
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTIA				
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TECNICO				
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACION				
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INGENIROS, TECNICO(S) Y REQUERIDOS POR 10 AÑOS				
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGIA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFONICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS				
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNETICO Y FISICO	23	CERTIFICADO DE PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACION SEGUN FABRICANTE				
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNETICO Y FISICO						
Favor anejar esta orden de compra y servicios a la factura o cuenta de cobro							

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019030
 Línea de Compras: 01800019030
VIGILADO



	FORMATO DE ORDEN DE COMPRAS Y SERVICIOS	Presentación de:
		Versión: 01
		ago-20
		Página 1 de 1

Tipo de Orden: <table border="1"> <tr> <td>Compra</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Servicios</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Compra	<input type="checkbox"/>	Servicios	<input checked="" type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Fecha: 12/08/2020
Compra	<input type="checkbox"/>						
Servicios	<input checked="" type="checkbox"/>						
Otro	<input type="checkbox"/>						
Cotización: DP-SP-148	Consecutivo No.: 8214						
Proveedor: DISTRIBUIDORA PROYECTAR SAS	NIT: 900.688.319-3						
	Teléfono: 320006036						

CONCEPTO						VALORES	
ITEM	SUCURSAL	UNIDAD FUNCIONAL	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	VALOR TOTAL SIN IVA
1	BOYACA	ADMINISTRACION	UNIDAD	AVISO PLASTICO PISO HUMEDO - COLOR AMARILLO	3	\$ 22.700	\$ 68.100
2	BOYACA	ADMINISTRACION	BOLSA	GORRO TIPO ORUGA.PQT X 100 UNDS	10	\$ 21.600	\$ 216.000
Detalle por sucursal						Subtotal gravado \$	216.000
IVA						EXCENTO DE IVA	
						IVA 0%	
						IVA 19%	\$ 41.040
						TOTAL A PAGAR \$	257.040

CONDICIONES GENERALES

Tiempo de Entrega:	INMEDIATA <input checked="" type="checkbox"/>	TRENTA DIAS <input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Forma de Pago:	CONTADO <input type="checkbox"/>	TRENTA DIAS <input type="checkbox"/>	SESENTA DIAS <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Moneda:	PESOS COLOMB. <input type="checkbox"/>	DOLARES <input type="checkbox"/>	EUROS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>

TERM A UTILIZAR
GARANTIA

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

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

CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO ORDENES DE COMPRA.

El **VENDEDOR** se compromete que en caso de no cumplir con la fecha de entrega que se consigna en la presente orden de compra, cumplirá con las siguientes sanciones:
 1. En caso que la compra se realice en divisas o moneda internacional se mantendrá el valor de dicha divisa o moneda según lo pactado en la negociación.
 2. El pago de los perjuicios ocasionados a **JERSALUD S.A.S** que se taxan en un 10% del valor total de la compra.
 3. Se permite a la **JERSALUD S.A.S** declarar fallida la compra, por incumplimiento del vendedor, permitiéndole dar por terminada o cancelada la orden de compra sin lugar a pago alguno al vendedor.
JERSALUD S.A.S informa por escrito al **VENDEDOR** cuáles de las sanciones aplicará. La presente orden de compra presta mérito ejecutivo.
 4. En caso de compra de Activos Fijos se debe anejar la siguiente documentación a que tenga lugar, la cual se deberán radicar en el momento de la entrega del activo. De igual forma se aclara que la no radicación de la documentación detendrá el proceso administrativo de la factura para su correspondiente pago.


1	HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	13	FICHA TÉCNICA ESPECIFICANDO VIDA ÚTIL
2	DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	14	FACTURA DE VENTA
3	ACTA DE ENTREGA O REMISIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR	15	CERTIFICADO DE FABRICACIÓN NACIONAL O CARTA DE REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE
4	POLIZA TODO RIESGO Y DAÑOS MATERIALES VIGENTE	16	CERTIFICADO DE LABORACIÓN POR LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA
5	REGISTRO INVIMA DEL EQUIPO	17	CERTIFICADO DE METROLOGÍA Y/O CALIDAD EMITIDO POR EL FABRICANTE
6	HOJA DE VIDA DE LOS INGENIEROS QUE REALIZAN EL MANTENIMIENTO	18	CERTIFICADO DE GARANTÍA
7	REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS	19	CRONOGRAMA DE CAPACITACION CERTIFICADO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL Y TÉCNICO
8	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	20	REGISTRO DE CAPACITACION
9	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	21	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS POR 10 AÑOS
10	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O METROLOGÍA	22	CERTIFICADO DE TIEMPOS DE RESPUESTA TELEFÓNICO Y PRESENCIAL EN CASO DE FALLAS
11	MANUAL EN ESPAÑOL DE USUARIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO	23	CERTIFICADO DE PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN SEGÚN FABRICANTE
12	MANUAL EN ESPAÑOL DE SERVICIO EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO		

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303




7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

	SOLICITUD INSUMOS MEDICO QUIRURGICO	F(GA)019
		nov-18
		Versión: 1
		Página: 1 de 4

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 20/08/2020

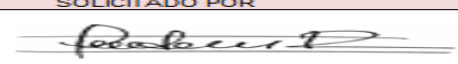
UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
48	TAPA BOCAS N95	CAJA	60
50	TIRAS CARESENS	CAJA X50U	6
59	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	12
60	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	4
80	TELA QUIRURGICA 50X50	ROLLO	1

FIRMAS	
SOLICITADO POR	
FIRMA	
NOMBRE	Soledad Linares Corderas
CARGO	Enfermera Especialista en Admón. en Salud T.P. 50-0190/97 Y Salud Ocupacional Res. 0656/20
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	


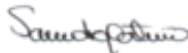
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Nacional, 010001910302
VIGILADO



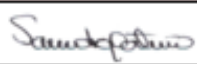
SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA			
SUCURSAL/SEDE:	GRANADA		
FECHA:	21-08-2020		
UNIDAD	CONSULTA EXTERNA		
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN	CRA 13 #12-59 BELEN		
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	AGUJA HIPODERMICA 18GX1	CAJA	
2	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2	CAJA	
3	AGUJA HIPODERMICA 23G X1/2	CAJA	
4	AGUJA HIPODERMICA 25G X5/8	CAJA	
5	AGUJAS #18	CAJA	
6	ALGODÓN	ROLLO	
7	ALGODÓN LAMINADO	BOLSA	
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U- 100U	
9	BAJA LENGUAS	CAJA	
10	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA	
11	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	40
12	COMPRESAS	BOLSA	
13	CONOS PARA OTOSCOPIO ADULTO	PAQUETE	
14	CONOS PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO	BOLSA	
15	CURAS REDONDAS	CAJA	
16	DISPOSITIVOS INTRAUTERINIO (DIUS)	UNIDAD	
17	EQUIPO MACROGOTEO	UNIDAD	
18	ESPARADRAPO TELA SURTIDO	TUBO	1
19	ESPARADRAPO ELASTICO 4 X11Y	CAJA	
20	ESPECULOS INDIVIDUALES	CAJA M	
21	ESPECULOS KIT	TALLA M	
22	FIXIMURT	NA	
23	FRASCO P.O	BOLSA	
24	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	2
25	GLUCOMETRO	NA	
26	GORROS	BOLSA	2
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	
28	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	2
29	GUANTES DE MANEJO	TALLA L	
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7	
31	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5	
32	GUANTES QUIRURGICOS 6,5	TALLA 6,5	
33	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	2
34	GUARDIAN PEQUEÑO	RECOLECTOR	
35	HOJAS DE BISTURY	CAJA	
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	
37	JERINGAS X 3CC	CAJA	
38	JERINGAS X 50CC	CAJA	
39	JERINGAS X 5CC	CAJA	
40	JERINGAS X1CC	CAJA	
41	LAMINILLAS	CAJA	
42	LANCETAS	NA	
43	MICROPORE 1/2X10 YD	CAJA	
44	MICROPORE 2X10YD	CAJA	2
45	PANITOS DE ALGODÓN CON ALCOHOL	CAJA	
46	SABANAS	90X2	
47	SONDA VESICAL	CJA	
48	TAPA BOCAS	CAJA	2
49	TAPA BOCAS N95	CAJA	1
50	TIRAS	NA	1
51	TORUNDAS	PQUETE	1
52	VASELINA	FRASCO	
53	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	2
54	YELCOS #18	CAJA	
55	LANCETAS BLOCD	CAJA	
56	ALCOHOL	FRASCO	
57	ALCOHOL GALON	GALON	2
58	CITOFUJADOR	FRASCO SPRAY	
59	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	
60	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	FRASCO	
61	GEL CONDUCTORULTRASONIDO	GALON	1
62	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	
63	JABON QUIRURGICO	TARO	
64	JABON QUIRURGICO	TARO	
65	LIDOCAINA AL 1% TAPA VERDE	FRASCO	
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
67	SOLUCION SALINA 0,9%	BOLSA	3
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	5
69	YODO POVIDONA (ISODINE)	FRASCO	
70	JABON QUIRURGICO	GALON	
71	CIDEX OPA	GALON	
72	FORMOL	FRASCO	
73	ACEITE DE ALMENDRAS	FRASCO	
74	ISODINE ESPUMA	FRASCO	
75	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	FRASCO	
76	TINTURA BENJUI	FRASCO	
77	SOPORTE DE GUARDIANES GRANDES	NA	
78	SOPORTE DE GUARDIANES PEQUEÑOS	NA	
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	ANDREA SANTOS		
CARGO	ENFERMERA COORDINADORA DE SEDE		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO


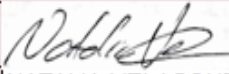


		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUCURSAL/SEDE:	PUERTO LOPEZ	FECHA:	20/08/2020
UNIDAD			
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA	10
2	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	100
3	CURAS REDONDAS	CAJA	1
4	ESPARADRAPO TELA SURTIDO	TUBO	1
5	GORROS	BOLSA	2
6	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	2
7	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	2
8	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	4
9	JERINGAS X 5CC	CAJA	2
10	SABANAS	90X2	20
11	TAPA BOCAS	CAJA	4
12	TAPA BOCAS N95	CAJA	6
13	TIRAS	NA	30
14	TORUNDAS	PQUETE	2
15	ALCOHOL GALON	GALON	2
16	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	2
17	JABON QUIRURGICO	TARO	2
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	sandra patiño		
CARGO			
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



Jersalud S.A.S.		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUCURSAL/SEDE:	PUERTO GAITAN	FECHA:	20/08/2020
UNIDAD			
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	50
2	CURAS REDONDAS	CAJA	1
3	ESPECULOS KIT	TALLA M	20
4	GORROS	BOLSA	2
5	GUARDIAN GRANDES	RECOLECTOR	2
6	LANCETAS	NA	20
7	MICROPORE 1/2X10 YD	CAJA	2
8	SABANAS	90X2	10
9	TAPA BOCAS	CAJA	3
10	TAPA BOCAS N95	CAJA	5
11	ALCOHOL GALON	GALON	2
12	CITOFIJADOR	FRASCO SPRAY	1
13	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	2
14	JABON QUIRURGICO	TARO	1
15	ISODINE ESPUMA	FRASCO	1
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	sandra patino romero		
CARGO	coordinadora puerto gaitan		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



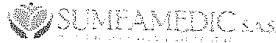
		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUCURSAL/SEDE:	ACACIAS	FECHA:	20/08/2020
UNIDAD			
CENTRO DE COSTO			
UBICACIÓN			
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
11	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA	50
21	ESPECULOS KIT	TALLA M	40
24	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	1
26	GORROS	BOLSA	2
33	GUARDIAN GRANDES 2,8 L	RECOLECTOR	2
34	GUARDIAN PEQUEÑO 1,3 L	RECOLECTOR	2
46	SABANAS CON RESORTE	PAQUETE	2
48	TAPA BOCAS	CAJA	5
49	TAPA BOCAS N95	CAJA	1
57	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	1
66	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
67	SOLUCION SALINA 0,9%	BOLSA	1
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	NATALIA VELASQUEZ		
CARGO	COORDINADORA (E) SEDE ACACIAS		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



Jersalud S.A.S.		SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA	
SUBCENTRO E:	VILLAVICENCIO	FECHA:	ago-20
UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA		
CENTRO DE COS			
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO		
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	10
9	BAJA LENGUAS MADERA	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA x100 UN	1
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA X50UN	3
31	GUANTES DE NYLON	TALLA M CAJA 100XUN	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA X100UN	2
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	40
50	TAPA BOCAS N95	CAJA CAJA X50UN	1
53	VASELINA	FRASCO	2
	YELCOS #24	UND	10
55	YELCOS #22	UND	10
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
76	ISODINE ESPUMA	FRASCO X60ML	2
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
84	BOLSAS PARA ALIMENTACION ENTERAL POR BOMBA DE INFUSION: Kangaroo		15
85	BAJALENGUAS PLASTICO	PAQUETE X50UN	200
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	TALLA M UND	10
87	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION PEDIATRICA	UNIDADES	5
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA LARGA TALLA M	UNIDAD	100
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M	UNIDAD	100
91	BISOR		5
92	MONOGAFAS		20
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	2
95			
96			
FIRMAS			
SOLICITADO POR			
FIRMA			
NOMBRE	RUTH BAQUERO		
CARGO	JEFE DOMICILIARIA		
RECIBIDO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			
APROBADO POR:			
FIRMA			
NOMBRE			
CARGO			



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare



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



Factura electrónica de venta
 No. FE-100

Señores	JERSALUD SAS YOPAL			Fecha de Factura	2020-08-24	Fecha de Vencimiento	2020-10-23
NIT	900.622.551-0	Teléfono	3213665735				
Dirección	CLL 40 23 99	Ciudad	Villavicencio - Colombia				

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	20.00	3,800.00	0 %	0 %	76,000.00
2	EQRJCSLT	RECOLECTOR GUARDIAN 2.9 BIOLIFE	2.00	4,201.69	19 %	0 %	10,000.02
3	DisT004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	2.00	29,000.00	0 %	0 %	58,000.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	50.00	1,900.00	19 %	0 %	113,050.00

Elaborado por Sijigo S.A.S NIT: 830 048 145-85-8

Valor en Letras: Doscientos cincuenta y siete mil cincuenta pesos m/cte con 0.02	Total Bruto	237,403.38
Condiciones de Pago: Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-10-23 por \$ 257,050.02	IVA 19%	19,646.64
	Total a Pagar	257,050.02

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

Jersalud
Jersalud
 S.A.S.
 NIT: 900622551-0
RECIBIDO
 CON IMPL. CA. ACEPTACION
 26-08-2020

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

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



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: 336-7090 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS

RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



8. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Karen Melo
Ave 11/06/2020 9:51
Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>
GIPS21 (3).pdf
690 KB

Buenos días
Señora
DIANA DAZA
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la página 31:

30. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con pacientes de COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral se enfatiza que debe mantener las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si esta es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.

133 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de salud pública:

GRUPO POBLACIONAL	ORGANIZACIÓN	UBICACIÓN DEL CUESTO DE PRUEBA	ORGANIZACIÓN QUE CUBRE EL CUESTO
Población y Fuerzas armadas	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Población privada de la libertad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá
Personas privadas internadas en áreas de salud	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Entidad territorial	Entidad territorial

Figura 14 de 21

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de Indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas

Gracias
Karen Emilia Melo
Jefe Administrativa y de Talento Humano
JERSALUD S.A.S
3132731800

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>
Vie 12/06/2020 11:41
Para: Karen Melo
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

Reciba un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.

Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
Ejecutivo integral de servicios
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
Celular: 3222503336
diana.daza@positiva.gov.co

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>

https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg



9. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño
Mié 08/07/2020 17:06
Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra 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

10. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA



ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



11. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <piedad.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com <prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI...
7 MB



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...
1015 KB

2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

www.jersalud.com



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





Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cáncer de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



mipg

SC - CER432075

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccion-social@tunja.gov.co
📞 📧 🌐 • www.tunja-boyaca.gov.co •



11.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



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.

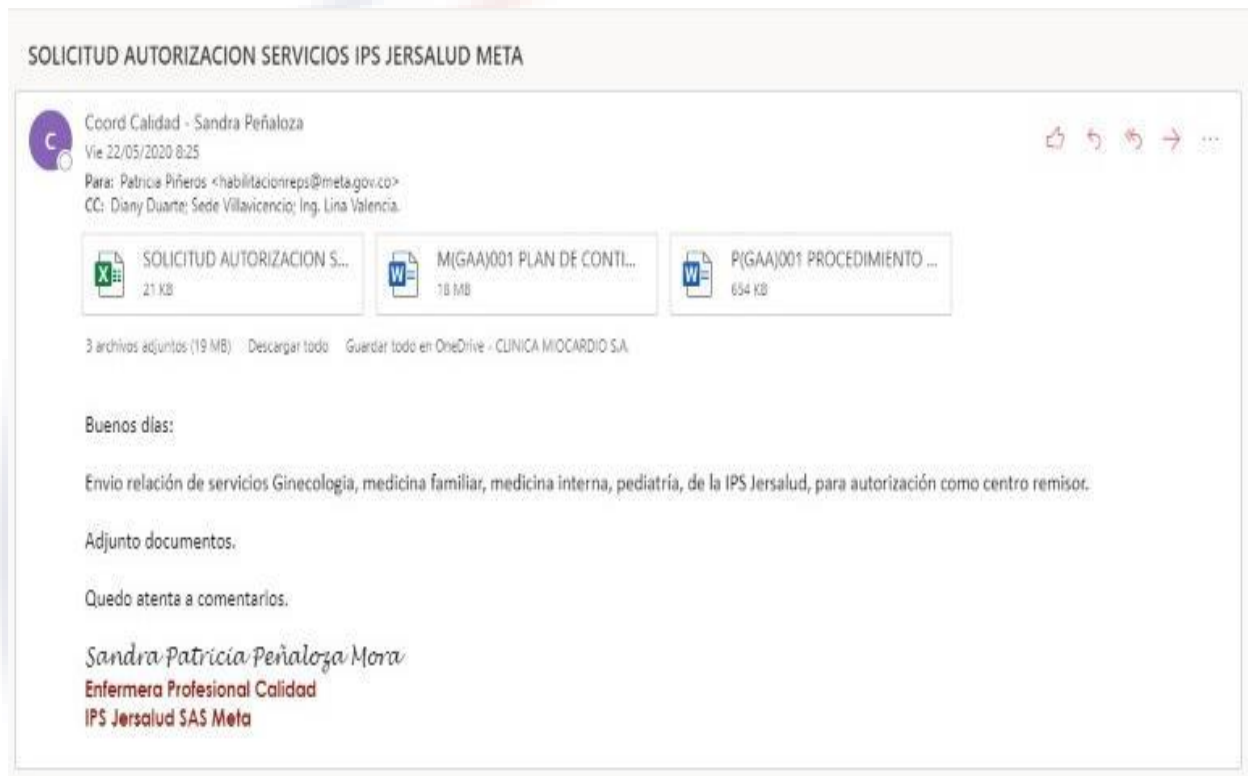
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

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



11.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubsidiado yopal casanare <regsubsidiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.


KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com y 3 más
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

 202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB

 Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB

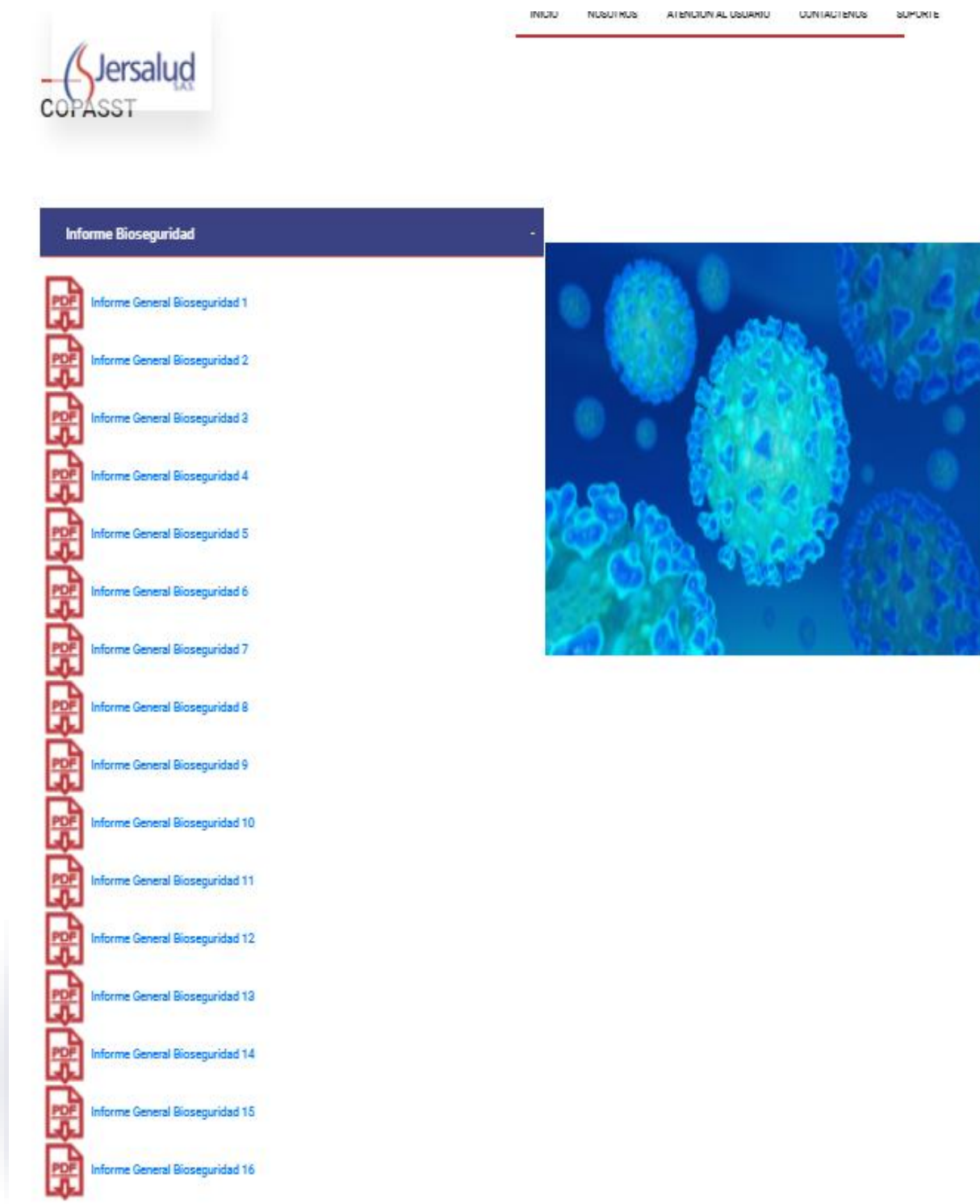
 23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

 26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

12.1 Evidencia publicación en página Web



The screenshot displays the Jersalud website interface. At the top right, there is a navigation menu with links: INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. On the left side, there is a logo for Jersalud S.A.S. COPASST. The main content area features a dark blue header titled "Informe Bioseguridad". Below this header is a vertical list of 16 items, each consisting of a red PDF icon followed by the text "Informe General Bioseguridad" and a number from 1 to 16. To the right of this list is a large image showing a microscopic view of several cells, likely bacteria or viruses, with a blue and green color scheme.



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

12.2 Link de publicación Informes Pagina Web Jersalud

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

www.jersalud.com



<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>


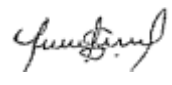
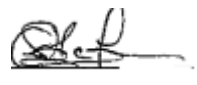
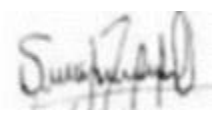


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20AGOSTO%20.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20AGOSTO.pdf>

Aprobación

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	



Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	