

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 4 DE JULIO

**Del 21 al 24 de
Julio 2020**

1. REUNION COPASST JULIO SEMANA 4 DEL 21 AL 24 DE JULIO DE 2020

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

1.2 Evidencia Acta 015 de Julio 2020 Semana 3

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

ACTA N° 016 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
	23	07	2020	09:00 A.M.	10:30A.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	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Cometa Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)
<p>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:</p> <p>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</p> <p>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 y Médico laboral por parte de ARL Positiva Dilia Donado López</p>

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR
<p>La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #015 de Julio de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.</p>

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
Realizar Reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	30/07/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	0%	



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

Realizar reunión para asesoramiento pandemia COVID-19	Directivas Jersalud	24/03/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	100%	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud COVID-19	Asesor ARL Jefe administrativos y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	0%	

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

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

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

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

SI

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

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 8

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	DESCRIPCION	VERIFICA DO POR EL COPASS T		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGUN CORRESP ONDA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 3 Julio 2020 Numeral 2 (2.1, 2,2, 2,3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 3 Julio 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)



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

	Ministerio de Salud y 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 Julio 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 4 Julio 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando o 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 Julio 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad ad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro semanal, Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Julio 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)
7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 458, Decreto 500 y	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 4 Julio 2020 Numeral 8



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

	Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?						
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 016 Numeral 4.4
9	Link de Publicación del informe	X		Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 3 de Julio en página web http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf
10	Reunión semanal del COPASST Semanal	X		Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 4 Julio 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
TOTAL					1000	100%	

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

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



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

4.5 Por parte del médico laboral de ARL Positiva se da asesoramiento en cuanto al tema epidemiológico para COVID 19, en la cual se especifica:

- Si se tiene un funcionario que por su función tiene exposición directa con el virus se debe evaluar el tipo de contacto, el uso de elementos de protección personal, tiempo de exposición
- Si el trabajador de la salud ha tenido contacto estrecho confirmado sin elementos de protección personal se debe realizar una prueba PSR
- Inmediatamente se hace el reporte de enfermedad laboral por COVID-19 por parte de la ARL se hace el seguimiento y activación de paquete biológico
- Según concepto del infectólogo un paciente que lleve más de 14 días de aislamiento con una prueba Positiva y lleve más de 72 horas asintomático se considera que no se realiza segunda prueba
- Se reporta como enfermedad laboral aquellos que se toma prueba y arroja resultado Positivo y los casos de cerco epidemiológico por los casos confirmados positivos se reportan como accidente laboral o por contacto estrecho sin elementos de protección personal o de alto riesgo con un paciente confirmado; por parte de ARL se hace seguimiento y el infectólogo define el paso a seguir con el trabajador.

4.6 Se realizará evaluación por parte de ARL Positiva en conjunto de Gerencia, Asesor y el área médica para el estudio de la posibilidad de realizar Pruebas PSR como tamizaje priorizando el grupo de alto riesgo dentro de la organización; por parte de Jersalud se realizará nuevamente revisión de cuál es la población que está expuesta de manera prioritaria para la toma de estas.

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

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Realizar reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	30/07/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	
Listado para cotización de batería Psicosocial	Analistas SST	29/07/2020			



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

Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	
Definir la población puntual para tamizaje de las 3 regionales	Analistas SST Jefe administrativas y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Correo a Asesor ARL	
Estudio de la posibilidad de toma de pruebas PSR a personal de atención presencial	ARL Positiva	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		

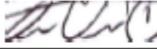


1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 2
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FIGI012
		Versión: 1
		oct-18 1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 016 de 2020			
FECHA: 23/07/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:30a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz García	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4	53067258	Patricia Velasquez Calderón	Gerente Regional Boyacá	Boyacá	
5	52963532	Monica Femanda Salamanca	Profesional de Calidad	Boyacá	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333



1.2.2 Registro de asistencia Regional Meta y Casanare

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FIGI)012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

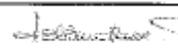
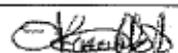
INFORMACIÓN DE GENERAL

TIPO DE REUNIÓN: Comité

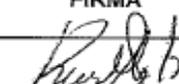
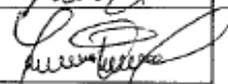
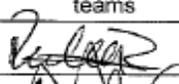
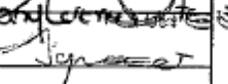
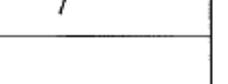
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 016 de 2020

FECHA: 23/07/2020 HORA DE INICIO: 09:00 a.m HORA DE FINALIZACIÓN: 10:30a.m

LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare

EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa	FIRMA:	
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO

N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	Conectada por medio del aplicativo teams
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6	52429438	Diany Duarte	Gerente Meta	Meta	
7	40330585	Sandra Peñalosa	Profesional de calidad Meta	Meta	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					



1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

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

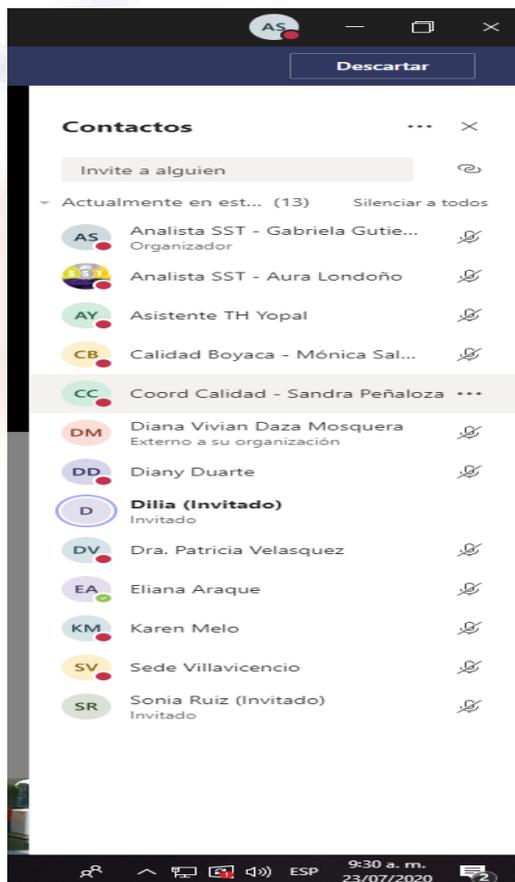
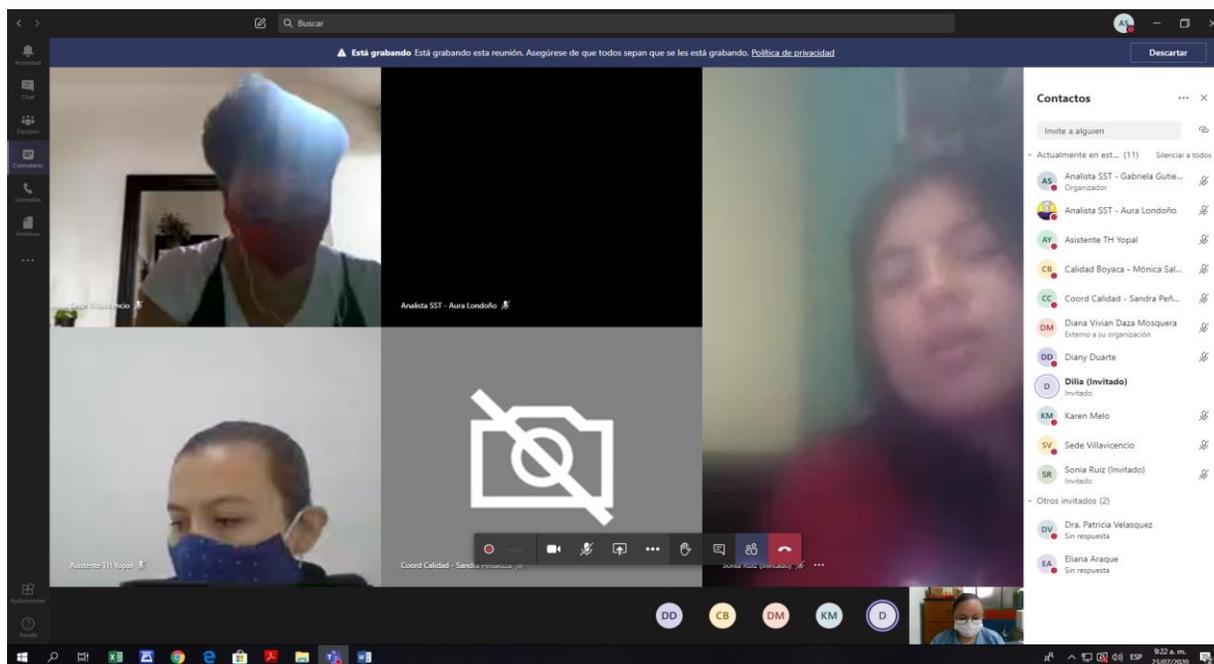
SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 016 de 2020					
FECHA: 23/07/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:30a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	52331638	Diana Vivian Daza	Ejecutivo integral de servicio	ARL Positiva	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000191333
 Línea de Control Nacional: 018000191333



1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000910302



2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

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

www.jersalud.com



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



36	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
37	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
38	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
39	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
40	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
41	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
42	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
43	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
44	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
45	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
46	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUANAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
47	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
48	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
49	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
50	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
51	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
52	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	JEFE ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
53	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
54	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
55	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
56	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
57	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
58	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
59	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
60	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
61	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
62	CC	1090415369	LUZ KARINA SALAZAR GRISALES	NUTRICIONISTA	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
63	CC	1049629216	KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
64	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
65	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
66	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
67	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
68	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
69	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
70	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
71	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
72	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
73	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
74	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
75	CC	1052399313	ZULMA YARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
76	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
77	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
78	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO
79	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO

www.jersalud.com



80	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
----	----	------------	----------------------	---------------	-------	---------	------------

2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

 BASE DE DATOS PERSONAL FUNCIONARIOS JERSALUD-META							
N°	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID-19	
1	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
2	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
3	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
4	1122130482	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA	
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA	
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA	
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
13	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA	
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA	
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA	
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
28	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA	
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA	
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GARZON RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA	
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA	
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVIJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA	



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



2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

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



3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

Telas Desechables

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

Usos

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



Colores Disponibles en telas Desechables

Ficha Técnica

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

Polipropileno

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

Resistencia Química

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

Características

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



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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910332



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 GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

Carlos
CARLOS MARCO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

Juliana
JULIANA ZIGANGU 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
Lifel095	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 explosión desechables, elaborados a base de látex natural, sin polvo y/o ligamento polvados con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, mínima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeable, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, rebabas y aristas cortadas.
- ✓ Aséptico, hiperalérgico, atóxico.

CARACTERISTICAS

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

INDICACIONES

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

VENTAJAS

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

DIMENSIONES

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

3.2.1 Factura Regional Boyacá



SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta **Nº: 2363**

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

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

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

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

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

Total Bruto	7,700,000.00
Total a Pagar	7,700,000.00

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18

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

Elaborado por Firma recibida





SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta

Nº: 2383

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

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

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

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

Valor en Letras:

Un millón ciento cuarenta mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

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

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

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor: Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia:

18
 Responsable de NA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

Elaborado por

Firma recibido



3.2.2 Cotización Regional Meta



Cotización

No. C-1-418

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

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

null

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

Total Bruto 558,700.00

Subtotal 558,700.00

Total a Pagar 558,700.00

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

null

Gerente General
sumfamedic@hotmail.com
8748246





Cotización
 No. C-1-419

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS
 MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

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

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

null

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

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

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

null

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910303

www.jersalud.com



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



3.2.3 Factura Regional Casanare

SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS
 NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta **N°: 2403**

Cliente: JERSALUD SAS YOPAL
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 3213665735
Dirección: CLL 40 23 99
Ciudad: Villavicencio - Colombia
Correo:

Fecha de factura: 2020-07-17
Vendedor:
Centro de costo: 0
Cotización: C-1-416

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	50	TERMOMETRO DIGITAL PUNTA RIGIDA UNIDAD	1.00	17,500.00	0 %	0 %	17,500.00
2	EQGASA	GASA ESTERIL 3*3*2 NO TEJIDA ALFASAFE x 50 unds	1.00	11,500.00	0 %	0 %	11,500.00
3	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	4.00	7,310.93	19 %	0 %	34,800.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	50.00	1,900.00	19 %	0 %	113,050.00
5	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	8.00	29,500.00	0 %	0 %	236,000.00
6	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	3.00	2,500.00	0 %	0 %	7,500.00
7	00001084	CINTA CONTROL ESTERILIZACION A VAPOR 3/4 ROLLO STERICLIN	1.00	17,000.00	0 %	0 %	17,000.00

Valor en Letras:
 Cuatrocientos treinta y siete mil trescientos cincuenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-15 por \$ 437,350.00

Total Bruto: 413,744.00
IVA 19%: 23,606.00
Total a Pagar: 437,350.00

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200424 prefiijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18

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

Elaborado por

Firma recibido
 21-07-2020

Elaborado por Sllgo S.A.S Nit: 800.046.745-8

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 016000910393
 Línea de Atención al Comerciante: 016000910392
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 <i>Enrique G. Meléndez</i>	Cédula <i>72205024</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
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17-02-20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
18-02-20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
21-02-20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
22-02-20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
23-02-20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Enrique G. Meléndez* Identificado (a) con CC: *72205024*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Fredy Torres</i>	Cédula <i>717022</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
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
23-02-20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Fredy Torres* 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: 01800019033



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

Apellidos y Nombres Completos Gersson David Gonzalez Robles	Cédula 1049638771	Unidad Jujua
---	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			Gersson G
21 07 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		Gersson G	
22 07 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		Gersson G	
23 07 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		Gersson G	
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, Gersson David Gonzalez identificado (a) con CC: 1049638771, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos Juan Camilo Galán Parra	Cédula 40027046	Unidad Tunja - Jersalud
---	---------------------------	-----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	teleconsulta 1prom	Juan C Galán	
18 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	teleconsulta	Juan C Galán	
21 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	teleconsulta	Juan C Galán	
22 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	Peronitric	Juan C Galán	
22 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	teleconsulta	Juan C Galán	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910302
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Moreno Ayala Florio Isabel	Cédula 40.038562	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	Monopafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bote desechable a dia	[Firma]
18 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bote desechable a dia	[Firma]
22 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bote desechable a dia	[Firma]
23 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	uso bote desechable a dia	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Llano Suarez Pedraza Vargas	Cédula 40017103	Unidad Consulta Externa - Tanja
---	---------------------------	---

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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		
17 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]
18 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]
21 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		[Firma]
22 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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
Diana Yanira Ibañez Diaz	33377254	Consulta Externa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 09 20				X					X			Diana Ibañez
21 09 20				X					X			Diana Ibañez
22 09 20				X					X			Diana Ibañez
23 09 20	X			X					X			Diana Ibañez
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Torres Acevedo Sandra Melena	46378245	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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 09 20				X		X						[Firma]
21 09 20	X			X		X			X			[Firma]
22 09 20	X			X		X			X			[Firma]
23 09 20	X			X		X			X			[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Melena Torres A 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: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos: <i>Fonseca Foscauca Juan Arango</i>	Cédula <i>1120865598</i>	Unidad <i>CONSULTA EXTERNA TUNJA</i>
--	------------------------------------	--

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
17 07 20	X			X										<i>Juan Fonseca Foscauca</i>
21 07 20				X					X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, *Juan Fonseca Foscauca* Identificado (a) con CC: *1120865598*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Jennifer Mateus Lopez</i>	Cédula <i>1049634115</i>	Unidad <i>ASISTENCIA</i>
--	------------------------------------	------------------------------------

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

Fecha (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				
17 07 20				X										<i>Jennifer Mateus</i>
21 07 20				X					X					
22 07 20				X										<i>Jennifer Mateus</i>
23 07 20				X										<i>Jennifer Mateus</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, _____ Identificado (a) con CC: _____, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 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
Sandra Sofía Moro	23284976	C. external

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 2020				X		X							Sandra Moro
18 07 2020				X		X							Sandra Moro
21 07 2020				X		X							Sandra Moro
22 07 2020				X		X							Sandra Moro
23 07 2020				X		X							Sandra Moro
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zulmaruth Betancur Becerra	1052399 313	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 2020	X			X									Zulmaruth B.
18 07 2020				X									Zulmaruth B.
21 07 2020				X									Zulmaruth B.
22 07 2020				X									Zulmaruth B.
23 07 2020				X					X				Zulmaruth B.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Zulmaruth Betancur Becerra identificado (a) con CC: 1052399 313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Rodriguez Bayaca Maria Cecilia	1049625040	Consulta Externa.

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
18 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
22 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
23 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Maria Rodriguez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Maria Cecilia Rodriguez Identificado (a) con CC: 1049625040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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
Vacca Sanchez Anderson Dario	1054659729	C.externa 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Anderson Vacca
18 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Anderson Vacca
27 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Anderson Vacca
22 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Anderson Vacca
23 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	Anderson Vacca
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Dario Vacca Sanchez Identificado (a) con CC: 1054659729, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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



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

Apellidos y Nombres Completos Yaly Patricia Ovalle Pineda	Cédula 23324561	Unidad Tunga
---	---------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
21 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	X		Yaly Patricia Ovalle Pineda
22 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Yaly Patricia Ovalle Pineda
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, Yaly Patricia Ovalle Pineda 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 Zipa Vargas Gelle Andrea	Cédula 1.049.647.500	Unidad Tunga
--	--------------------------------	------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólinas		
21 07 20	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Andrea Zipa
22 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Andrea Zipa
23 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Andrea Zipa
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 010001910302
 QUITO, Ecuador

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
Roa Lopez Gilma Liliana	33367367	Cext

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		hipobest	Gilma
21 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		hipobest	Gilma
22 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		hipobest	Gilma
23 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		hipobest	Gilma
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, Gilma Liliana Roa 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	Cédula	Unidad
Lopez Moreno Dairo Alejandro	1019069127	ADM

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Tapa boca	Dairo
22 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		TAPA BOCAS	Dairo
23 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		TAPA BOCAS	Dairo
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, Dairo Alejandro Lopez Moreno Identificado (a) con CC: 1019069127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910303
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos MONTAÑEZ AFRICANO CLAUDIO ISABEL	Cédula 46361131	Unidad C. EXTENSIÓN TIENDA
--	---------------------------	--------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	NO	<i>Claudio Montañez</i>
21 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	NO	<i>Claudio Montañez</i>
22 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	NO	<i>Claudio Montañez</i>
23 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	NO	<i>Claudio Montañez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos Flaca Alvarez Monica	Cédula 1099616557	Unidad Cereza
--	-----------------------------	-------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	- - - - -	<i>Monica Flaca</i>
21 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	- - - - -	<i>Monica Flaca</i>
22 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	- - - - -	<i>Monica Flaca</i>
23 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	- - - - -	<i>Monica Flaca</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 Durán Iguarán Joel Antonio	Cédula 1124023697	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
23 07 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
27 07 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
22 07 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, 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 John Lora E	Cédula 7130163	Unidad C. Exte
---	--------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John Lora E
18 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John Lora E
21 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John Lora E
22 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John Lora E
23 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-		John Lora E
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, John Lora E identificado (a) con CC: 7130163, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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	Cédula	Unidad
<u>Durán Iguarán Joel Antonio</u>	<u>1124023697</u>	<u>Externa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
17 07 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-			
23 07 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-			
27 07 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-			
22 07 20	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-			
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	Cédula	Unidad
<u>Higuera Reyes Juan César</u>	<u>74370203</u>	<u>Administrativa</u>

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 07 20				1					1				
22 07 20									1				
23 07 20				1									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Juan César Higuera Reyes identificado (a) con CC: 74370203, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Línea de Control Normativo: 01800019032
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Jenny Sabrina Gutierrez Martinez	Cédula 1052314070	Unidad Administrativo
--	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 07 20				X								
22 07 20				X							X	
23 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jenny Sabrina 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Erica Joana Berigas	Cédula 1052403489	Unidad Administrativo
---	-----------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
19 07 20				X								
21 07 20				X								
22 07 20				X								
23 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910302
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
Rodríguez Numpaque Claudia	1.049.642.865	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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
21 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Claudia R.
22 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
23 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Claudia Rodríguez Identificado (a) con CC: 1.049.642.865, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 07 20				X								Daniela Suárez Ruano
18 07 20				X								Daniela Suárez Ruano
21 07 20				X					X			Daniela Suárez Ruano
22 07 20				X								Daniela Suárez Ruano
23 07 20				X								Daniela Suárez Ruano
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Reyes Camargo María 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 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 20				X									María Paula Reyes Camargo
21 07 20				X					X				María Paula Reyes Camargo
22 07 20				X									María Paula Reyes Camargo
23 07 20				X									María Paula Reyes Camargo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, María Paula Reyes 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
MAYOCCA ROSAS DOZIS	40044574	CONSULTA EXTERNA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 07 2020				X									Rosamayocca
18 07 2020				X									Rosamayocca
21 07 2020				X					X				Rosamayocca
22 07 2020				X									Rosamayocca
23 07 2020				X									Rosamayocca
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Línea de Consulta 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 <i>Orlando Estreza</i>	Cédula <i>91244689</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
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>27 7 20</i>	<i>1</i>			<i>4</i>					<i>1</i>				<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Orlando Estreza* 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 <i>RODRIGUEZ RAMIRO LEON</i>	Cédula <i>79536444</i>	Unidad <i>Asistencial</i>
--	----------------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<i>13 07 2020</i>	<input checked="" type="checkbox"/>			<i>5</i>					<i>1</i>			<i>Tapabocas HC</i>	<i>[Signature]</i>
<i>25 07 2020</i>	<input checked="" type="checkbox"/>			<i>4</i>					<i>1</i>			<i>Tapabocas HC</i>	<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Leon Rodriguez Ramiro* Identificado (a) con CC: *79536444*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Tajada Seneca Angela Darily	24167297	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
18 04 2020	✓			✓		✓						Unidad tapabocas 5	[Firma]
14 05 2020	✓			✓		✓						Tapaboca 2	[Firma]
18 05 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 4	[Firma]
20 05 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 3	[Firma]
28 05 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 5	[Firma]
01 06 2020	✓			✓		✓						BATA N° 1. 1AP ASIST. 5	[Firma]
08 06 2020	✓			✓		✓						Tapaboca 5	[Firma]
16 06 2020	✓			✓		✓						Tapaboca 5	[Firma]
23 06 2020	✓			✓		✓						Tapaboca 5	[Firma]
30 06 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 5	[Firma]
13 07 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 5	[Firma]
24 07 2020	✓			✓		✓						Tapabocas 5	[Firma]

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Avendano Esquivel Gloria Isabel	1049628122	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				
26 05 2020	X			X						X		Tapabocas 4 + 1 bata	[Firma]	
04 06 2020	X			X						X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]	
08 06 2020	X			X						X		Tapabocas 6 + 1 bata	[Firma]	
16 06 2020	X			X						X		Tapabocas 4 + 1 bata	[Firma]	
23 06 2020	X			X						X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]	
30 06 2020	X			X						X		Tapabocas 4 + 1 bata	[Firma]	
07 07 2020	X			X						X		Tapabocas 6 + 1 bata	[Firma]	
13 07 2020	X			X						X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]	
24 07 2020	X			X						X		Tapabocas 5 + 1 bata	[Firma]	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Eugen Lucía Cepeda Higueras	1052410687	Administrativa

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cefia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
28 05 20	X			X							X	3 tapabocas - 1 bata des	[Firma]	
01 06 20	X			X							X	5 tapabocas - 1 bata	[Firma]	
08 06 20	X			X							X	5 tapabocas - 1 bata	[Firma]	
16 06 20	X			X								2 tapabocas - 1 cefia	[Firma]	
23 06 20	X			X							X	1 cefia - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]	
30 06 20	X			X							X	5 tapabocas - bata - cefia	[Firma]	
06 07 20	X			X							X	5 tapabocas - bata - cefia	[Firma]	
13 07 20	X			X							X	5 tapabocas - bata - cefia	[Firma]	
24 07 20	X			X								1 cefia 4 tapabocas	[Firma]	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogollón	23323920	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cefia	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
12 05 20	✓			✓	✓						✓	6 tapabocas	[Firma]
18 05 20	✓			✓	✓						✓		[Firma]
20 05 20	✓			✓	✓						✓	3 tapabocas	[Firma]
26 06 20	✓			✓	✓						✓	5 tapabocas	[Firma]
02 06 20	✓			✓	✓						✓	5 tapabocas	[Firma]
08 06 20	✓			✓	✓						✓	6 tapabocas	[Firma]
16 06 20	✓			✓	✓						✓	3 tapabocas	[Firma]
23 06 20	✓			✓	✓						✓	5 tapabocas	[Firma]
30 06 20	✓			✓	✓						✓	4 tapabocas	[Firma]
06 07 20	✓			✓	✓						✓	6 tapabocas	[Firma]
13 07 20	✓			✓	✓						✓	5 tapabocas	[Firma]
20 07 20	✓			✓	✓						✓	5 tapabocas	[Firma]

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010302
VIGILADO



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X					X			2 Tapabocas	[Firma]
23 06 20	X			X					X			4 Tapabocas	[Firma]
30 06 20				X					X			5 Tapabocas	[Firma]
08 07 20				X					X			5 Tapabocas	[Firma]
13 07 20				X					X			6 Tapabocas	[Firma]
21 07 20				X								4 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Hidalgo 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 Lina M. Arague	Cédula 46672428	Unidad
--	---------------------------	---------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	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				[Firma]
23 06 20	X			X					X			5 Tapabocas	[Firma]
30 06 20	X			X					X			4 Tapabocas	[Firma]
08 07 20	X			X					X			6 Tapabocas	[Firma]
13 07 20	X			X					X			5 Tapabocas	[Firma]
21 07 20	X			X					X			5 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control 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
DELCADO ANELLA DIANA MARCELA	1053608206	DESAJUD QUITAMA

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 06 20				X					X		5 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
08 06 20				X					X		5 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
16 06 20				X					X		2 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
23 06 20				X					X		7 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
30 06 20				X					X		5 tapabocas, 1 bata	DIANA C.
07 07 20				X					X		5 tapabocas 1 bata	DIANA C.
13 07 20				X					X		6 tapabocas 1 bata	DIANA C.
24 07 20				X					X		7 tapabocas 1 bata	DIANA C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

	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	Quitama

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 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
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019333
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
Malaver Avendano Sandra	46672546	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
20 05 20				X							X	Elemento EPP	Sandra Malaver
01 06 20				X							X	Elemento EPP	Sandra Malaver
08 06 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
16 06 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
23 06 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
30 06 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
08 07 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
13 07 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
21 07 20				X							X	Elementos EPP	Sandra Malaver
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Deisy Vargas Barera	105752547	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
20 05 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
01 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
08 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
16 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
23 06 20				X							X	elementos de epp	Deisy Vargas
30 06 20				X							X	epp	Deisy Vargas
08 07 20				X							X	epp	Deisy Vargas
13 07 20				X							X	epp	Deisy Vargas
21 07 20				X							X	epp	Deisy Vargas
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Controladora 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
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA	1.049631798	Sociedad 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	
DD	MM	AA	Cofre	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSF con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26	05	20				X					X			elementos de epp	(Signature)
01	06	20				X					X				(Signature)
08	06	20				X					X				(Signature)
16	06	20				X					X				(Signature)
23	06	20				X					X				(Signature)
30	06	20				X					X				(Signature)
06	07	20				X					X				(Signature)
13	07	20				X					X				(Signature)
20	07	20				X					X				(Signature)
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Berauda P. Nancy Constanza	46370222	Soc.

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

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofre	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NSF con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26	05	20				X					X			elementos de epp	(Signature)
01	06	20				X					X				(Signature)
08	06	20				X					X				(Signature)
16	06	20				X					X				(Signature)
23	06	20				X					X				(Signature)
30	06	20				X					X				(Signature)
06	07	20				X					X				(Signature)
13	07	20				X					X				(Signature)
20	07	20				X					X				(Signature)
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)U33
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tepalcabos desechables	Tepalcabos N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
08 06 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
16 06 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
23 06 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
30 06 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
13 07 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
24 07 2020				X					X			EPP	MILENA QUINTERO
DD MM AA													

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

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)U33
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sebastian Rivera Quiroz	1049614080	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
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tepalcabos desechables	Tepalcabos N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20		X		X					X			Elementos de EPP	[Firma]
04 06 20		X		X					X			Elementos de epp	[Firma]
08 06 20				X					X			EPP	[Firma]
16 06 20				X					X			EPP	[Firma]
23 06 20				X					X			EPP	[Firma]
30 06 20				X					X			EPP	[Firma]
06 07 20				X					X			EPP	[Firma]
13 07 20				X					X			EPP	[Firma]
22 07 20		X	X	X	X	X	X		X	X		epp para prueba rapidas	[Firma]
DD MM AA													

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

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
<u>Ana Romero</u>	<u>46366015</u>	<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
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X		Ana Romero
07 06 20				X							X		Ana Romero
08 06 20				X							X		Ana Romero
16 06 20				X							X		Ana Romero
23 06 20				X							X		Ana Romero
29 06 20				X							✓		Ana Romero
06 07 20				X							✓		Ana Romero
13 07 20				X							X		Ana Romero
27 07 20				X							X		Ana Romero
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elementos de epp	Cesar Lopez
07 06 20				X							✓	EPP	Cesar Lopez
08 06 20				X							✓	EPP	Cesar Lopez
16 06 20				X							X	EPP	Cesar Lopez
23 06 20				X							X	EPP	Cesar Lopez
29 06 20				X							X	EPP	Cesar Lopez
06 07 20				X							X	EPP	Cesar Lopez
13 07 20				X							X	EPP	Cesar Lopez
27 07 20				X							X	EPP	Cesar Lopez
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Cesar Lopez Cesar 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000193032
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Dra Erika Hoyos	Cédula - 32608372	Unidad Sagamoso
---	-----------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 JUN 20											X		
10 JUN 20											X		
15 JUN 20											X		
19 JUN 20											X		
27 JUN 20											X		
28 JUN 20											X		
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Erika Hoyos, Identificado (a) con CC: 32608372, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso; mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 Edida de aguas	Cédula 32775986	Unidad Sagamoso
--	---------------------------	---------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Casco desechable	Tepalcates desechables	Tepalcates N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	epp	
01 06 20				X							X	epp	X
08 06 20				X							X	epp	X
16 06 20				X							X	epp	X
23 06 20				X							X	epp	X
08 07 20				X							X	epp	X
13 07 20				X							X	epp	X
27 07 20				X							X	epp	X
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910332
VIGILADO



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 JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	Cédula 100252640	Unidad Chiquinquirá
--	----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 07 2020				Y									Yennifer Ballén
17 07 2020				X									Yennifer Ballén
18 07 2020				X									Yennifer Ballén
21 07 2020	X			X					X				Yennifer Ballén
22 07 2020				X									Yennifer Ballén
23 07 2020				Y									Yennifer Ballén
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 LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	Cédula 1053338926	Unidad Chiquinquirá
---	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
15 07 2020	X			X									LY3
16 07 2020				Y									LY3
17 07 2020				Y									LY3
21 07 2020	Y			Y					X				LY3
22 07 2020				Y									LY3
23 07 2020				Y									LY3
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: 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
JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	1053 348 179	Chiquiquia

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. 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	Pelotas				
16 07 2020				X										<i>[Firma]</i>
17 07 2020				X										<i>[Firma]</i>
22 07 2020				X				X						<i>[Firma]</i>
23 07 2020	X			X										<i>[Firma]</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
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
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	Pelotas				
16 07 2020				X										<i>[Firma]</i>
17 07 2020				X										<i>[Firma]</i>
18 07 2020				X										<i>[Firma]</i>
22 07 2020	X			X				X						<i>[Firma]</i>
23 07 2020				X										<i>[Firma]</i>
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	Cédula 1053390626	Unidad Chiquinquirá
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 07 2020				X								Shirley R.
17 07 2020				X								Shirley R.
21 07 2020	X			X					X			Shirley R.
22 07 2020				X								Shirley R.
23 07 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, _____ 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 ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	Cédula 1082896913	Unidad Chiquinquirá
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
16 07 2020	X			X								Erika Saucedo
17 07 2020				X								Erika Saucedo
18 07 2020				X								Erika Saucedo
21 07 2020	X			X					X			Erika Saucedo
22 07 2020				X								Erika Saucedo
23 07 2020				X								Erika Saucedo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	1053348812	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			
16 07 2020	16			X									Melissa C
21 07 2020	X			X								X	Melissa C
22 07 2020				X									Melissa C
23 07 2020				X									Melissa C
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	63529281	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			
21 07 20				X								X	Blanco
22 07 20				X									Blanco
23 07 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													
DD MM AA													
DD MM AA													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo 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 NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	Cédula 63362434	Unidad MONIQUIRA
--	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 07 20				X					X			
22 07 20				X								
23 07 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 07 20				X					X			<u>Deisy Garcia</u>
22 07 20				X								<u>Deisy Garcia</u>
23 07 20				X								<u>Deisy Garcia</u>
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019033
 VIGILADO



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Camelo Smit May	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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 07 2020	X			X					X			Camelo Smit May
21 07 2020	X			X					X			
22 07 2020	X			X					X			
23 07 2020	X			X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Aimardo Dominguez	331407	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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
17 07 20	X	X	X	X	X	X		X	X			Aimardo Dominguez
21 07 20	X	X	X	X	X	X		X	X			
22 07 20	X	X	X	X	X	X		X	X			
23 07 20	X	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, Aimardo Dominguez identificado (a) con CC: 331407, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Carolina Doris Diana R.	Cédula 1020752786	Unidad Sala 1001-600teque
---	-----------------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
17 07 20	X	X		X		X			X					
21 07 20	X	X		X		X			X					
22 07 20	X	X		X		X			X					
23 07 20	X	X		X		X			X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Carolina Doris Diana R. 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 Fanny Mailey Carcedo Aulfa	Cédula 33076330	Unidad Sala 1001
--	---------------------------	----------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
17 07 20	X	X		X		X			X					
21 07 20	X	X		X		X			X					
27 07 20	X	X		X		X			X					
28 07 20	X	X		X		X			X					
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Fanny Mailey Carcedo Aulfa 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
 VIGILADO



4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
			1 de 1									
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad									
Melissa Pupo Moreno		104572343	Asistencial									
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
17 07 20			X	X		X			X			Melissa Pupo Moreno
18 07 20			X	X		X			X			
21 07 20			X	X		X			X			
22 07 20			X	X		X			X			
23 07 20			X	X		X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, <u>Melissa Pupo Moreno</u> Identificado (a) con CC: <u>104572343</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.												

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033									
			Versión: 3									
			ago-19									
			1 de 1									
Apellidos y Nombres Completos		Cédula	Unidad									
Yoly Marcela Muñoz		104188587	Administrativa									
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>												
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafe de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
17 07 20	X					X			X			Yoly Muñoz
18 07 20	X					X			X			
21 07 20	X					X			X			
22 07 20	X					X			X			
23 07 20	X					X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
Yo, <u>Yoly Marcela Muñoz R</u> Identificado (a) con CC: <u>104188587</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
 Unidad Central Operativa - Sede Guateque
 Calle Central Nacional, 01000010303
 Guateque, C.D.

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 Castro	1099799152	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		
17 07 2020	X	X	X	X		X						Diana Castro
22 07 2020	X	X	X	X		X						
23 07 2020	X	X	X	X		X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Wyneth Daniela Castro M. Identificado (a) con CC: 1099799152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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	Cédula	Unidad
ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	24080048	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

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

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

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



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

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

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

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

Yo, Maria Paula Campos Buitrago Identificado (a) con CC: 1140-868-607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos 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				
16 / 7 / 2020					1		2							<i>Flor Isabel Serrano Avendaño</i>
13 / 7 / 2020	1				1		4					1		<i>Flor Isabel Serrano Avendaño</i>
14 / 7 / 2020					1		2							<i>Flor Isabel Serrano Avendaño</i>
15 / 7 / 2020					1		2							<i>Flor Isabel Serrano Avendaño</i>
18 / 7 / 2020					1		5							<i>Flor Isabel Serrano Avendaño</i>
DD / MM / AA														
DD / MM / AA														
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
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos DEISY LILIANA ESTEVES	Cédula 1052020668	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	Poinas		
10 / 7 / 2020				1								
11 / 7 / 2020				1		1						
11 / 7 / 2020	1			1		3			1			
14 / 7 / 2020				1		2						
15 / 7 / 2020				1		5						
16 / 7 / 2020	1			1		1			1			
10 / MM / AA												
00 / MM / AA												
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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303



4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

Jersalud		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos			Cédula				Unidad							
César A. Guerrero Solamencia			1082774101				Cons. Carlos Villozo							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>														
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
16	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
17	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
18	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
21	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
22	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
23	7	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
24	7	2020												
25	7	2020												
27	7	2020												
28	7	2020												
29	7	2020												
30	7	2020												
31	7	2020												
<p>Yo, <u>César Armando Guerrero S</u> identificado (a) con CC: <u>1082774101</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>														

Jersalud		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1		
Apellidos y Nombres Completos			Cédula				Unidad							
Cordoba Dussan Jovanna Ivet			35263051				Arsenal							
<p>Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.</p>														
Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
16	7	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
17	7	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
18	7	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
21	7	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
22	7	2020	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		[Firma]
23	7	2020												
24	7	2020												
25	7	2020												
27	7	2020												
28	7	2020												
29	7	2020												
30	7	2020												
31	7	2020												
<p>Yo, <u>Jovanna Cordoba</u> identificado (a) con CC: <u>35263051</u>, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.</p>														

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 Falla Munear Sebastian.	Cédula 1121.916.803	Unidad Administrativo.
---	-------------------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
16 7 2020	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Sebastian Falla Munear
17 7 2020	X			X									
18 7 2020	X			X									
21 7 2020	X			X									Sebastian Falla Munear
22 7 2020	X			X									
23 7 2020	X			X									
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

Yo, Sebastian Falla Munear identificado (a) con CC: 1121.916.803, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafio de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
16 7 2020	X		X										Adriana Rey Rodriguez
17 7 2020	X		X										
18 7 2020													
21 7 2020													
22 7 2020													
23 7 2020													
24 7 2020													
25 7 2020													
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

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



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Dela Romero</u>	Cédula <u>73125025</u>	Unidad
---	---------------------------	--------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Carta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
16 7 2020	✓			✓		✓								
17 7 2020														
18 7 2020														
21 7 2020														
22 7 2020														
23 7 2020				✓										
24 7 2020														
25 7 2020														
27 7 2020														
28 7 2020														
29 7 2020														
30 7 2020														
31 7 2020														

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

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Jose Romero Ramirez</u>	Cédula <u>86.080.094</u>	Unidad <u>Cons. ext. Villavieja</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. 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, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Carta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			consulta virtual	
17 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			consulta virtual	
18 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			consulta virtual	
21 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			Consulta virtual	
22 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			Consulta virtual	
23 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			Consulta virtual	
24 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			Consulta virtual	
25 7 2020	✓	✓		✓	✓	✓			✓			Consulta virtual	
27 7 2020													
28 7 2020													
29 7 2020													
30 7 2020													
31 7 2020													

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Donner Leon Dora</i>	Cédula <i>171829724</i>	Unidad <i>U/a</i>
--	----------------------------	----------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Copa	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
16	7	2020												
17	7	2020												
18	7	2020												
21	7	2020	X	X		X	X	X		X	X	Recibo en custodia	<i>Donner</i>	
22	7	2020	X	X		X	X	X		X	X	Recibo en custodia	<i>Donner</i>	
23	7	2020	X	X		X	X	X		X	X	Recibo en custodia	<i>Donner</i>	
24	7	2020	X	X		X	X	X		X	X	Recibo en custodia	<i>Donner</i>	
25	7	2020	X	X		X	X	X		X	X	Recibo en custodia	<i>Donner</i>	
27	7	2020												
28	7	2020												
29	7	2020												
30	7	2020												
31	7	2020												

Yo, *Donner Leon Dora* identificado (a) con CC: *171829724*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Franky Soto</i>	Cédula <i>40392862</i>	Unidad <i>Marzano</i>
---	---------------------------	--------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Copa	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NBS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras				
16	7	2020												
17	7	2020												
18	7	2020												
21	7	2020												
22	7	2020	X			X		X						<i>Franky</i>
23	7	2020	X			X		X						<i>Franky</i>
24	7	2020	X			X		X						<i>Franky</i>
25	7	2020	X			X		X						<i>Franky</i>
27	7	2020												
28	7	2020												
29	7	2020												
30	7	2020												
31	7	2020												

Yo, *Franky Soto* identificado (a) con CC: *40.392.862*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea 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 <u>Puentes Camilo Ivan</u>		Cédula <u>1010182835</u>		Unidad <u>Villavicencio</u>									
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal								Observaciones	Firma	
Cofre	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
16	7	2020	X			X		X					
17	7	2020	X			X		X					
18	7	2020	X			X		X					
21	7	2020	X			X		X					
22	7	2020	X	X	X	X	X	X	X	X			
23	7	2020											
24	7	2020											
25	7	2020											
27	7	2020											
28	7	2020											
29	7	2020											
30	7	2020											
31	7	2020											
Yo, <u>Yo, Iván Camilo Puentes</u> Identificado (a) con CC: <u>1010182835</u> Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1									
Apellidos y Nombres Completos <u>Gómez Paula Any</u>		Cédula <u>40331098</u>		Unidad <u>dentista - Villavicencio</u>									
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.													
Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal								Observaciones	Firma	
Cofre	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pajamas				
16	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
17	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
18	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
21	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
22	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
23	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
24	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
26	7	2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
27	7	2020											
28	7	2020											
29	7	2020											
30	7	2020											
31	7	2020											
Yo, <u>Paula Any Gómez</u> Identificado (a) con CC: <u>40331098</u> Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Línea de Atención al Cliente: 01 8000 910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Yamilé Sborzal An</u>	Cédula <u>40372867</u>	Unidad <u>Jersalud Un</u>
---	---------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Yamilé Sborzal An Identificado (a) con CC: 40372867 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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>Bustos Irujano Sandra (Suzuelo)</u>	Cédula <u>40941096</u>	Unidad <u>Jersalud Un</u>
---	---------------------------	------------------------------

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

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

Yo, Sandra Suzuelo Bustos Irujano Identificado (a) con CC: 40941096 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Tunjano R. Katherine</u>	Cédula <u>1.121.848.225</u>	Unidad <u>V/censó</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. 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	
	Cota	Mangas de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
16	7	2020												
17	7	2020												
18	7	2020												
21	7	2020												
22	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T	
23	7	2020	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	Consulta Virtual.	Katherine T	
24	7	2020												
25	7	2020												
27	7	2020												
28	7	2020												
29	7	2020												
30	7	2020												
31	7	2020												

Yo, Amanda Tunjano R. Identificado (a) con CC: 1.121.848.225, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al 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 <u>Sandra Patiño Romeo</u>	Cédula <u>1.043.000.119</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. 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	
	Cota	Mangas de seguridad	Carota desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas				
14	07	20				X								
15	07	20				X					X			
16	07	20				X					X			
17	07	20			X	X					X			
18	07	20			X	X					X			
21	07	20			X	X					X			
22	07	20			X	X					X			
23	07	20			✓	X					X			
24	07	20												
25	07	20												
26	07	20												
27	07	20												

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo Nacional: 018000910302
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
Juliana Popo	43920423	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. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.5.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
14 07 20				X								[Firma]
15 07 20				X								[Firma]
16 07 20			X	X					X			[Firma]
17 07 20			X	X					X			[Firma]
18 07 20			X	X								[Firma]
21 07 20			X	X					X			[Firma]
22 07 20			X	X								[Firma]
23 07 20			X	X					X			[Firma]
24 07 20												
25 07 20												
26 07 20												
27 07 20												

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
H2 Machal	429334204	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. 886 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.5.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 07 20					X				X			[Firma]
22 07 20				X	X				X			[Firma]
23 07 20												
24 07 20												
25 07 20												
26 07 20												
27 07 20												
28 07 20												
29 07 20												
30 07 20												
31 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.



4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

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

Apellidos y Nombres Completos	Código	Unidad
JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	12565313	CONSULTA EXTERNA

Conforme a la normatividad en seguridad en el espacio, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 682 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1962 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, se extiende haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

No.	Fecha	Hora	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Casco	Monogafio de seguridad	Carreta desechable	Tapabocas desechables	Tapabuzas tipo con válvula	Guañas de látex	Gorro de algodón	Gloves de látex	Bata desechable	Pantallas				
1	7	2020		X		X		X					X			
2	7	2020		X		X		X					X			
3	7	2020		X		X		X					X			
4	7	2020		X		X		X					X			
7	7	2020		X		X		X					X			
8	7	2020	X	X		X		X					X			
9	7	2020	X	X		X		X					X			
10	7	2020	X	X		X		X					X			
11	7	2020	X	X		X		X					X			
13	7	2020	X	X		X		X					X			
14	7	2020	X	X		X		X					X			
15	7	2020	X	X		X		X					X			
16	7	2020	X	X		X		X					X			
17	7	2020	X	X		X		X					X			
21	7	2020	X	X		X		X					X			
22	7	2020	X	X		X		X					X			
23	7	2020	X	X		X		X					X			
24	7	2020														
25	7	2020														
27	7	2020														
28	7	2020														
29	7	2020														
30	7	2020														
31	7	2020														

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	1121925239	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. 696 de 1970 y Res. 48 de 1932 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 3400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 así como el Art. 2.2.4.6.24 numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

No.	Fecha	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma	
		Gafas	Botas de seguridad	Casco de seguridad	Trabajos con electricidad	Trabajos con herramientas	Químicos de limpieza	Químicos de mantenimiento	Químicos de higiene	Botas de seguridad			Polvos
1	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
2	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
3	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
4	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
5	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
6	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
7	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
8	7/2020			X	X				X				<i>[Signature]</i>
9	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
10	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
11	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
13	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
14	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
16	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
16	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
17	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
21	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
22	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
23	7/2020	X		X	X				X				<i>[Signature]</i>
24	7/2020												
26	7/2020												
27	7/2020												
28	7/2020												
29	7/2020												
30	7/2020												
31	7/2020												

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO

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

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

Conforme a la normalidad en seguridad en el hospital, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 902 de 1984, Dec. 656 de 1971 y Dec. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 179 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Código	Ministerio de Asperidad	Cartera Juvenil	Tipología de actividades	Equipos de protección personal	Quantos de otros	Quantos de otros	Quantos de otros	Estado de conservación	Polímero	Observaciones	Fecha
1	7	2020		X		X					
2	7	2020		X		X					
3	7	2020		X		X					
6	7	2020		X		X					
7	7	2020		X		X					
8	7	2020		X		X					
9	7	2020		X		X					
10	7	2020		X		X					
11	7	2020		X		X					
13	7	2020		X		X					
14	7	2020		X		X					
15	7	2020		X		X					
16	7	2020		X		X					
17	7	2020		X		X					
21	7	2020		X		X					
22	7	2020		X		X					
23	7	2020		X		X					
24	7	2020		X		X					
25	7	2020									
27	7	2020									
28	7	2020									
29	7	2020									
30	7	2020									
31	7	2020									

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia y Control
 Línea Control Nacional: 01800019033
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 IMNA MENDIETA CONTRERAS	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
21	7	20			X		X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
22	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
23	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
24	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
25	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>

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

	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	Polinias			
21	7	20			X		X		X				<i>[Signature]</i>
22	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
23	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
24	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>

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

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 NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	Cédula 1,122,120,131	Unidad ADMINISTRATIVO
--	--------------------------------	---------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas				
21	7	20			X		X				X		Gorro quirurgico	
22	7	20			X		X							
23	7	20			X		X							
24	7	20			X		X							
25	7	20			X		X							

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

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas				
21	7	20			X		X				X		Gorro quirurgico	
22	7	20			X		X							
23	7	20			X		X							
24	7	20			X		X							
25	7	20			X		X							

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

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



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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21	7	20			X		X				X	Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
22	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
23	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
24	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
25	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, Haidivy Romero 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 JORGE ENRIQUE CLAVIJO	Cédula 79,958,924	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	
	Coifa	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21	7	20			X		X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
22	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
23	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>
24	7	20			X		X						<i>[Signature]</i>

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

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



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

Apellidos y Nombres Completos LILIANA CELEDONIA 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
21 7 20			X			X					Gorro quirurgico	<i>[Signature]</i>
22 7 20			X			X						<i>[Signature]</i>
23 7 20			X			X						<i>[Signature]</i>
24 7 20			X			X						<i>[Signature]</i>
25 7 20			X			X						<i>[Signature]</i>

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

4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

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

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

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
21 7 2020			X			X			X			<i>[Signature]</i>
22 7 2020			X			X						<i>[Signature]</i>
23 7 2020			X			X						<i>[Signature]</i>
24 7 2020			X			X						<i>[Signature]</i>

Yo, Diego A. Bar 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.



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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 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			Pelotas	
21	7	2020			X		X			X			
22	7	2020			X		X						
23	7	2020			X		X						
24	7	2020			X		X						

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

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

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

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24 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			Pelotas	
21	7	2020			X		X			X			
22	7	2020			X		X						
23	7	2020			X		X						
24	7	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.

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
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	40449526	ASISTENCIAL

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable		
21 7 2020			X			X			X		
22 7 2020			X			X					
23 7 2020			X			X					
24 7 2020			X			X					

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Oficina General de Asesoría Jurídica
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
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

NOMBRE Y APELLIDOS Y NOMBROS COMPLETOS	CÓDIGO DE EMPLEADO	CATEGORÍA
Nataira Cestrel	118590375	Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Seta desechable	Pollizas			
10 07 20	6			3									
21 07 20				6									

Yo, Nataira Cestrel, Identificado (a) con CC: 118590375, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

NOMBRE Y APELLIDOS Y NOMBROS COMPLETOS	CÓDIGO DE EMPLEADO	CATEGORÍA
Kelly Ruiz	1010201040	Med. General / Asistencial

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

Fecha (DD/MM/AA)	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	Seta desechable	Pollizas			
06 07 20	6			6	1								
13 07 20	5			5	1								
22 07 20	2			5	1								

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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Esneder Mantos	17953.025	Cinecología/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	Polainas		
01 07 20					1				1			
02 07 20									1			
08 07 20	1			1	1				1			
09 07 20				1	1				1			
15 07 20				1	1				1			
22 07 20				1	1				1			

Yo, Esneder Mantos Identificado (a) con CC: 17953.025, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Oscar Jimenez	1054090740	Psicología/Asistencia

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
08 07 20				3								
13 07 20	1			1	1							
20 07 20				1	1							

Yo, Oscar Jimenez Identificado (a) con CC: 1054090740, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Vivian Suarez	C.C. IDENTIFICACION 2118.537.038	TIPO DE MEDICINA Med. Interno/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)	Cafes	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
		Monopis de seguridad	Covera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
06 07 20	4			1	1									Vivian A Suarez
07 07 20	3			3										Vivian A Suarez
13 07 20	4			4	4									Vivian A Suarez
21 07 20	2			2	1									Vivian A Suarez

Yo, Vivian Suarez Identificado (a) con CC: 2118.537.038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Henry Dario CIA	C.C. IDENTIFICACION 9432965	TIPO DE MEDICINA Med: General/Asistencia
--	--------------------------------	---

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

Fecha (DD/MM/AA)	Cafes	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
		Monopis de seguridad	Covera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
07 07 20	5			5	1									
13 07 20	6			6	1									
21 07 20				4										

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea 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 Limbeth Cruz	Cédula 52929376	Unidad Pediatría / Asistencia
---	--------------------	----------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monegas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
01 07 20				1	1				1				Limbeth Cruz
08 07 20				1	1								
15 07 20				1					1				
22 07 20				1	1				1				

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

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

Apellidos y Nombres completos Cesar Duarte	Cédula 1047438183	Unidad Med. General / Asistencia
---	----------------------	-------------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monegas de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
06 07 20	6			6	1								
13 07 20	5			5	1								
12 07 20				1	1								

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



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

Arelludos y Vainas Completos VANESSA CHARMS	Cédula 1080015590	Unidad Asistencia Jefe PUP
--	----------------------	-------------------------------

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

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
06 07 20	6			6	1						Charms S.
07 07 20	5							1			Charms S.
13 07 20	5			5	1						Charms S.
16 07 20								2			Charms
22 07 20	2			5	1						Charms

yo, Vanessa Charms, Identificado (a) con CC: 1080015590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO

5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/07/2020	ELIDA DE AGUA S	CONSULTA EXTERNA SOGAMO SO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección 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
21/07/2020	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 (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas 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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Oficina Nacional, 010001910302
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
21/07/2020	CESAR CARRILLO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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	13			PUNTAJE	
PROPORCION 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
21/07/2020	CONSTANZA BENAVIDES	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	AUXILIAR SIAU
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	
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
21/07/2020	SANDRA MALAVER	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	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	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (flocker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)	X			

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
	13			0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			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
21/07/2020	ANA ROMERO	CONSULTA EXTERNA SOGAMOSO	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	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 prácticas 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(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/07/2020	DEISY VARGAS	CONSULTA EXTERNA SOGAMOZO	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			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección 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 prácticas 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(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21/07/2020	MILENA QUINTERO	CONSULTA EXTERNA BOGOTÁ	CAROLINA HERNANDEZ H

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas 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
23-07-2020	Erika Saucedo	Chicuinquirá	Leidy Boitrago

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			
PROPORCION 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(61H)J27
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-07-2020	Melisa Cardenas	Chigquirá	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	Y			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	Y			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	Y			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	Y			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado 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.	Y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	Y			
12	Utiliza calzado cerrado	Y			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	Y			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje 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			
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
23-07-2020	Shirley Roncancio	Chiquinquira	Ledy Brito

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
23-07-2020	Johana Suarez	Chiquinquera	Leidy Buitrago

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-07-2020	Jennifer Romero	Chiquinquira	Leidy Buitrago

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

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

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
23-07-2020	Leidy Butrago	Chigquirá	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			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje 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



	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
23-07-2020	Gloria Ballesteros	Chiquinquira	Leidy Bontrago

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			
PROPORCION 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 Atención al Ciudadano: 01 8000 910303
 Línea de Atención al Paciente: 01 8000 910302
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
23/07/20	Armado D.	C.E	Diana Santoya

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva Operativa de Bioseguridad y Control de Infecciones
 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
23/07/20	Fanny Jáquez	C-E	Diana Bertrán

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



	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
23/07/20	D. Donatista	C-E.	Hervé Carelo

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



	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
23/07/20	Hery Cuebas	Q-E	Diana Santiago

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	11	4
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73%	

PUNTAJE	
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	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/07/20	Fanny Jacinto	C-E	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
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia Epidemiológica
 Lima, Correo Electrónico: 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
23/07/20	Diana Botero	C-E.	Heriberto Careño

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

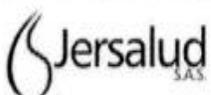
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/07/20	Mery Cuebas	Q-E	Diana Santiago

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	11	4
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	73%	

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



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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
22/07/2020	Windy Gaitan	Asistencial	Avila Cristina Londono Rojas

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

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

TOTAL	33	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22/07/2020	Yamile Zabala	Asistencial	Aud. Cristina Lombro Queros

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			se recomienda o2b permanente del tapabocas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda lavado de manos y uso de tapabocas permanente.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	12	0	3
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
22/07/2020	Juan Camilo Puentes	Asistencial	Ayda Cristina Landero Durán

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22/07/2020	Jose Abelmo Romero	Asistencial	Aura Cristina Lombro Duran

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

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

TOTAL	11	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	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
22/07/2020	Palm María Bucquero	Asistencial	Aura Cristina Lombro Duran

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
22/07/2020	Johana Cordoba	Asistencial	Aura Cristina Londono Quera

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

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

TOTAL				
PROPORCION 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
22/07/2020	Guina Karina Arango	Asistencial	Aura Cristina Lombardo Ojeda

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

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
22/09/2020	Amanda Tunjano	Asistencial	Aura Cristina Landro 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
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Conta con kit en caso de requerirse en consulta presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Uso permanente de tapabocas y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechados de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22/07/2020	Sebastian Falla	Administrativo	Auro Cristina Latorre Ovencos

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

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

TOTAL	9	0	6
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	106%		

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



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/07/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FÍSICO	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 011 2600910303
 Línea Correo Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

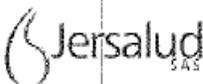
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
23/07/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
23/07/2020	JOSE ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

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

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



5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
23/07/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		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		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid 19.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid 19.	X					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
23/07/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores 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		13	1	1			
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	
23/07/2020		LIZ MADRID		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/7/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
 Línea Correo Nacional: 01800091033
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
23/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta 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
23/7/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Gestión Nacional: 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	
23/7/2020		DIEGO BARON		CONSULTA EXTERNA		ANDREA SANTOS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23/7/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

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

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

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



5.2.5 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

F(TH)027		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
Versión: 1					Versión: 1	
oct-18					oct-18	
1 DE 1					1 DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
23/07/2020	JORGE CLAVIJO	ASISTENCIAL	NAIRA GUERRA VARGAS			
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible para uso en consultorio	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible para uso en consultorio	
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X				
TOTAL		14	0	1	PUNTAJE	
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	
23/07/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			insumo disponible en consultorio para uso se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Overol o bata disponible cuando se requiera uso		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias		X		Se recomienda uñas cortas de manera permanente		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		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	
23/07/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Insumo disponible en consultorio para uso cuando se requiera		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda retirar elementos de protección como gorro y bata antes de salir del área de trabajo		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		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	
23/07/2020		ALEJANDRA PIRABAN		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando así se requiera		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en línea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1DE1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
23/07/2020		HAIDIY ROMERO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA YARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso		
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	Se cuenta con insumo disponible para uso cuando asi se requiera		
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Funcionaria administrativa en linea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes		
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		12	0	3	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		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	
23/07/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos.	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X					
TOTAL		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21 DE JULIO DE 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 aplic

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	
		1DE 1	

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
21 DE JULIO DE 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
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

1DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22 de julio de 2020	Vanesa Charris	Asistencial	Ysella Gonzalez

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

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

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		
22 de julio de 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		
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
		IDE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22 de julio de 2020	Johana Rincon Nocua	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 administrativa
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA
22 de julio de 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 aplic

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 0180001910333
VIGILADO



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027
					Versión: 1
					oct-18
					1DE 1
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
22 de julio de 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 pueden generar salpicaduras.			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	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22 de julio de 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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22 de julio de 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 tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, 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
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
22 de julio de 2020	Karen Solano	Administrativo	Ysella Gonzalez

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

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
22 de julio de 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 (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
23-07-2020	Alejandro Pineda	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	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			^	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			^	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	^			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		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.	^			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	^			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	^			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (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
23-07-2020	Diana Cercado	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-07-2020	Lucia Cepeda	Administrativa	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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		Esmalte
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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
23-07-2020	Diana Acero	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	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

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Comuna Nacional, 01000010303



	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
23-07-2020	Hickly Triana	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					PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-07-2020	Lina Arango	Administrativa	

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

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	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		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias 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
 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
23-07-2020	Oswaldo Gutierrez	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	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 Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Lima, Correo Electrónico: 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
23-07-2020	Lenin Rodriguez	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					PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-07-2020	Angela Fajardo	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	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
23-07-2020	Glenda Arendano		

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

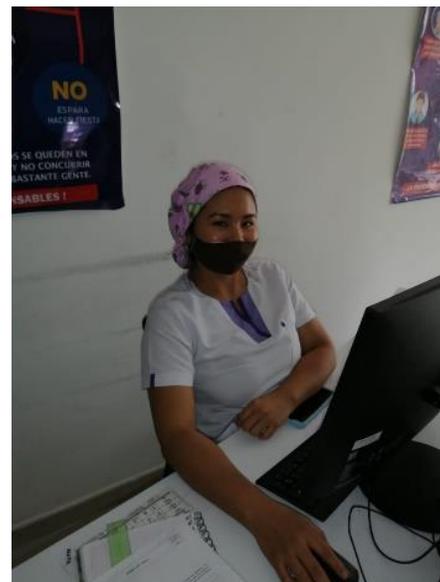
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza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

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

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



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal





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



(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						Firma del trabajador	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18/07/20	Sandra Mera	Asesora	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Sandra
18/07/20	Flora Caldera	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Flora
18/07/20	Andrés Vaca	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Andrés
18-07-20	Andrés Rojas	Aux. General	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Andrés
18-07-20	Dora Maza	Aux. General	Admin	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	Dora
18/07/20	Zelmira Beltrán	Enfermera	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Zelmira
18-07-20	Lidia Jimenez	Aux. adm.	Admin	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	Lidia
18-07-20	Jose Molina	M.D.	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Jose
18/07/20	John Lora	M.D.	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	John
18/07/20	Bibi Pardo	M.D.	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Bibi
18/07/20	Elisaveth Pedraza	Nutricionista	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Elisaveth
18/07/20	María Cepeda	M.D.	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	María
18-07-20	Jose Molina	M.D.	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Jose
18/07/20	Diana E	M.D.	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Diana
18/07/20	Patricia Mera	M.D.	C.EXT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	Patricia
18/07/20	Patricia Mera	M.D.	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Patricia
18/07/20	Andrés Rojas	Aux. Admin	C.EXT	No	No	37.0	No	No	No	No	No	No	Andrés
18-07-20	Claudia R.	Aux. Calda	Admin	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Claudia
18-07-20	Patricia R.	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	Patricia
18-07-20	Sandra Mera	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Sandra
18-07-20	Daniela S.	Aprendiz	Admin	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	Daniela
18-07-20	Lidia Jimenez	Aux. adm.	Admin	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Lidia
18-07-20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	Patricia

(Jersalud) FIGA003
Versión 2
may 20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						Firma del trabajador	
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
21/07/20	Sandra Mera	Asesora	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Sandra
21/07/20	Flora Caldera	Nutricionista	C.EXT	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Flora
21/07/20	Diana Lora	Aprendiz	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Diana
21/07/20	Monica Flores	Medico	C.EXT	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Monica
21/07/20	Andrea Ziza	Aux. Admin	C.EXT	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Andrea
21/07/20	Claudia Rojas	M.D.	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Claudia
21/07/20	Sandra Mera	Medico	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Sandra
21-7-20	Jose Molina	Psicologo	C.EXT	No	No	36	No	No	No	No	No	No	Jose
21-07-20	Andrés Rojas	Aux. Adm.	C.EXT	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	Andrés
21/07/20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Patricia
21-07-20	Andrés Rojas	Tec. Gen.	C.EXT	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Andrés
21-7-20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Patricia
21-7-20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Patricia
21/07/20	Monica Flores	Medico	C.EXT	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Monica
21/07/20	Jose Molina	M.D.	C.EXT	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	Jose
21/7/20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	Patricia
21/7/20	Andrés Rojas	Medico	C.EXT	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	Andrés
21/7/20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	Patricia
21/7/20	Patricia R.	M.D.	C.EXT	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	Patricia
21/07/20	Patricia R.	Tec. Gen.	C.EXT	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	Patricia
21/07/20	Sandra Mera	Aux. adm.	C.EXT	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Sandra
21-07-20	Dora Maza	Aux. General	Admin	No	No	35.4	No	No	No	No	No	No	Dora
21-07-20	Patricia R.	Aux. Admin	Admin	No	No	26.8	No	No	No	No	No	No	Patricia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



(Jersalud) FIGA0003
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	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
20/07/20	John de la Cruz	MD.	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/07/20	Sara Elkin	MD	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/07/20	Anderson Obaco	Coord Admin	C. Admin	NO	NO	37.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/07/20	Leidy Jimenez	Aux admn	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/7/20	Berisley Gue	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21/7/20	Yury Gale	M.D	C. EX	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07-20	Clara Rodriguez	Aux Colabor	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Monica Florez	Medico	Cext	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Diagno Lopez	Aux admn	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Juan Carlos	Aux admn	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Alba Lucia Alvarez	Nutricionista	Cext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Kristen Montes	Asistente	Cext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Gitano Rios	platin	Cext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	Diana Gomez	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	Rebeca Rojas	AUA ADM	ADM	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Zulma Betancur	Enfermera	C/Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Andrea Zepa	Aux Admin	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Anderson Obaco	Aux Admin	C. Admin	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

(Jersalud) FIGA0003
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	No tiene contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?			
22/07/20	Blanca Vargas	Coord. Sede	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Claudia Barrios	Medic	C. Ext.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Yalmy Guevara	C. Ext.	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Yalmy Guevara	Medico	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-2020	Alfredo Montoya	Med General	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-2020	Suzanne Rojas	Ing. Sistema	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-2020	María Rodriguez	Aux Admin	C. Ext.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Gitano Rios	Medico	C. Ext.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	Joel Duran	MD	C. Ext.	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	John de la Cruz	MD	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	Berisley Gue	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Isabel Alvarez	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Monica Florez	Medico	Cext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Sara Elkin	MD	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Alba Lucia Alvarez	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Yury Gale	M.D	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-2020	Alba Lucia Alvarez	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Andrea Zepa	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Maria Gabriela	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Juan Separedy	M.D	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Sara Elkin	MD	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	Joel Duran	MD	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/7/20	John de la Cruz	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Isabel Alvarez	MD	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22/07/20	Berisley Gue	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-20	Claudia R	Aux Colabor	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000190333
 Línea Correo Electrónico: 018000190333

VIGILADO



(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				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	Odirología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
22-07-20	Deisy Mayra Rodríguez	Aux Administrativo	Administración	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy M I
22-07-20	Claudia Rodríguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I
22-07-20	Mario Palafox	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario P I
23-07-20	Georgeta Gómez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Georgeta G I
23-07-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Daniela S I
23-07-20	Neiva Mariela	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Neiva M I
23-07-20	Claudia Rodríguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R I
23-07-20	Susa Ciro Quijano	Eng. Seguro	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Susa C I

6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				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	Odirología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
16-07-20	OWA GERRERO	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	OWA G
16-07-20	Lina Ariza	AUX ADM	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina A
16-07-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex P
16-07-20	Diana Sofia Chaparro	Aux Adm	Aprendiz	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana S
16-07-20	Hedely Triana	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedely T
16-07-20	Glenn Anderson	Coordinador	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenn A
16-07-20	Kevin Rodríguez	MD	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kevin R
16-07-20	Shirley Gutiérrez	Medico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley G
16-07-20	Angela Fajardo	Medico	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela F
16-07-20	Evelyn Cepeda	Aux	TH	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn C

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



SALIDA

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
16-7-20	Ovaldebutena	Médico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16-07-20	Luis Rosmy	Médico	Asist	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Glenda Avendaño	Coordinador	Asist	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Jorge Fajó	Médico	Asist	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
16-07-20	Hedely Francis	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	OSCAR ESCOBAR	Aux Act	Actm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

ENTRADA

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17/07/20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist.	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/07/20	OSCAR ESCOBAR	Aux Actm	Actm	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Hedely Francis	Aux Admin	Admin	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-7-20	Diana Acevedo	Aux Actm	Admin	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Alejandra P.	Aux Adm	Admin	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Glenda Avendaño	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Luis Rosmy	Médico	Asist	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Ovaldebutena	Médico	Asist	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
17-07-20	SOFIA CHAPARRA	Aux. Actm	APRENDIZ	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Jorge Fajó S	Médico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333



SALIDA.

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalagía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17-07-20	Hildaly Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	hildaly
17-7-20	Lina Arango	Aux Admin	ADM.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
17/7/20	OMAR CECANO	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	OMAR
17/7/20	OMAR ACELO	ENFERMERA	ASIST	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	OMAR
17/7/20	Yulka Triana	Médico	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Yulka
17/7/20	Olivia Kallehen	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Olivia

ENTRADA

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1
------------	--	--

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondalagía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
18-07-20	Hildaly Triana	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	hildaly
18-07-20	Olivia Kallehen	Médico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Olivia
18/07/20	Lina Arango	Asist. ADM	ADM	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
18/07/20	OMAR CECANO	AUX ADM	ADM	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	OMAR
18/07/20	Diana Acevedo	ENFERMERA	ASIST.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA

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



(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** **SALIDA**

FIGAA003
 Versión 2
 may 20
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia			
18-7-20	Orlando Calahorra	Médico	Asist	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
18/07/20	Luis Roldán	MEDICO	ASISTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/07/20	Orlana Ceballos	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/07/20	Diana Acero	Enfermera	Asisten	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** **Entrada**

FIGAA003
 Versión 2
 may 20
 1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia			
21-07-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/20	Diana P. Acero	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Hedaly Truena	Aux Adm	Admin	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-7-20	Lina Alaguer	Aux Adm	Adm.	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/7/20	Orlana Ceballos	Aux Adm	Adm	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Luis Roldán	MEDICO	ASISTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Orlando Calahorra	Médico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21-07-20	Jorge Dally Fajardo	Médico	Asist	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/07/20	Diana Sofia Elizalde	Aux Adm	aprendiz	NO		36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Jorge Dally F	Médico	Asist	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24-07-20	Edna Cepeda	ASISTE	Admin	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800 99 9333
 Línea Correo Nacional: 0800 99 9333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
21-07-20	Gloria Aranda	Coordinadora	Asist. Soc	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Lernin Rosary	MEDICO	Asist. Soc	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Evelyn Cepeda	Asist. Soc	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Hudaly Inanqui	Aux Admin	Admin	NO	NO	35.7	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)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
22-07-20	[Firma]	AUXILIAR	ADM.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Evelyn Cepeda	Asist. Soc	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Hudaly Inanqui	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Diana Sofía Chaparro	Aux Adm	Aprendiz	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Waresy Morallon	medico	Asist.	SI	NO	36.4	NO	NO	SI	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Gloria Aranda	Coordinadora	Asist. Soc	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Lernin Rosary	M.D.	Asist. Soc	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	[Firma]	Médico	Asist.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	[Firma]	Médico	Asist.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Alexandro Pizarro	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Diana Arango	Enfermera	Asist.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Diana Arango	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 0100019033



SALIDA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adormia	¿Trabaja en otra entidad?	
22-07-20	Evelyn Cepeda	ASISTTA	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	Fully
22-07-20	Hidaly Tronzo	Aux Admin	Admin	no	no	36.3	no	no	no	no	no	fre
22-07-20	Juan Rodríguez	MO	Asist	no	no	36.2	no	no	no	no	no	fre
22-07-20	Gloria Acevedo	Coordinador	Asista	no	no	36.5	no	no	no	no	no	fre
22-07-20	Diana Cecilio	Asista	Admin	no	no	36.4	no	no	no	no	no	Diana
22-07-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist	no	no	36.2	no	no	no	no	no	Diana

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odoraje	Fatiga y Adormia	¿Trabaja en otra entidad?	
23-07-20	DIANA CECILIO	ASISTTA	ADM	no	no	36.2	no	no	no	no	no	DIANA
23-07-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist	no	no	36.3	no	no	no	no	no	DIANA
23-07-20	Hidaly Tronzo	Aux Admin	Admin	no	no	34.3	no	no	no	no	no	fre
23-07-20	Evelyn Cepeda	ASISTTA	Admin	no	no	36.2	no	no	no	no	no	fre
23-07-20	Alexandra Pinzon	Admin	Admin	no	no	35.5	no	no	no	no	no	fre
23-07-20	Juan Rodríguez	MO	Asist	no	no	36.5	no	no	no	no	no	fre
23-07-20	Oswaldo Guerra	Nóctur	Asist	no	no	36.5	no	no	no	no	no	fre
23-07-20	Sofia Chaparro	Aux. Adm	Aprendiz	no	no	36.3	no	no	no	no	no	fre
23-07-20	Josef Fido	Medico	Asist	no	no	36.9	no	no	no	no	no	fre

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333
VIGILADO



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

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 etimología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminófen	No ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
17-07	Diego Romero	Aux Administrativo	Linea F	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
17-07	McConzano B	Aux Adm	siou	No	No	36.2	No	No	No	No	No	No	[Firma]
17-07-20	MILCA A. QUINTANA	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Carmen Cáceres	Aux Fact	Farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Sebastián Rivas	Médico	Ceopt	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
17-07-20	Desy Vargas	Aux enfermería	asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-7-20	Esmer Camilla	NO	Ceopt	No	No	35.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
17-7-20	Elida Saegus	Med	C-EXT	NO	NO	36.9	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 etimología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminófen	No ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
16-07-20	Sandra Páez	Aux. Adm	Linea F.	No	No	37.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
16-7-20	McConzano B	Aux Adm	siou	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	MILCA A. QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/07/20	Sebastián Rivas	Médico	Ceopt	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Desy Vargas	Aux enfermería	asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/7/20	Desy Vargas B	Aux enfermería	asistencia	SI	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-7-20	Esmer Camilla	NO	Ceopt	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
16/07/20	Carmen Cáceres	Aux Fact	Farmacia	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16/7/20	Elida Saegus	Medica	C-EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar pneumología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una entidad?		
22-07	Ana Romero	Aux. Activo		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
22-07	Deisy Hernández	coord.	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
22-7	Constanza B	Aux. Act	SICU	S	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Constanza
22/07/20	MILENA QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
22/07/20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deisy
22/07/20	Carmen Camilla	NO	Civil	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carmen
22-07	Sandra Mobarac	Aux. Activo	Linea Front	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar pneumología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una entidad?		
18-07	Ana Romero	Aux. Activo	Linea Front	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ana
18/07/20	MILENA A. QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MILENA
18-07	Dayana D	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dayana
18/07/20	Carolina C	Aux. Farmacia	Farmacia	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina
18/07/20	Nelly Amézquita	Aux. Sg.	Aux. Sg.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly
18/07/20	Constanza B	Aux. Act	SICU	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Constanza
18/7/20	Elida Segura	MD	Sig	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elida

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Calle Conde de Superhuanca, 01000010333
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 aplican)												
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	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
23-07	Ana Patricia	Asistente	Linea Fronte	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-07-20	MILANA QUINTANA	ENFERMERA	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-7-20	Constantino B	Aux. Adm.	SEDE	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-7-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-07-20	De Sosthen Buitrago	Medico	Cent.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-07-20	Deisy Carolina Hernandez	coord. adm.	adm.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-7-20	Cesar Camelli	M.F	C.E.X.T	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-07	Sandra Florez	Aux. Admin	Linea Fronte	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-07-20	Darwin Caceres	Aux. Factu	Formada	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23.7.20	El. de Jaques	Medico	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

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 aplican)												
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	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
21/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
21/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLE ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
22/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLE ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
23/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLE	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLE ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											EXAMENES VIGILADOS MAY-20 35/1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o aspiración	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonlogía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario
13/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
13/07/2020	MELADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
13/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
13/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
13/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
13/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
14/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
14/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
14/07/2020	MELADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
14/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
14/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
14/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
14/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
15/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
15/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
15/07/2020	MELADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
15/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
15/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
15/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
15/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
16/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
16/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
16/07/2020	MELADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
16/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
16/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
16/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
16/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
17/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
17/07/2020	JENNIFER KATERINE BALEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
17/07/2020	MELADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
17/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
17/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
17/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIJAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
17/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUJACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
18-07-20	Shirley Eliana Roncancio	Aux. Adm. Asistencial	Aux. Adm. Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley
18-7-20	Jennifer Katerine Ballen Romero	Aux. Adm. Asistencial	Aux. Adm. Asistencial	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
18-7-20	Erika Saucedo	Medico	Medico	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
18-7-20	Gloria Ballesteros	Medico	Medico	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria

6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Monquirá

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 airmetología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o aspiración	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonlogía	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-14	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA/ LABORATORIO CLINICO/	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-14	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-14	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2020-07-14	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]



	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GA)003
		Versión: 2
		may. 20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								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	Odonotgia	Fatiga y Adnania	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-07-14	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-21	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	SI	

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GA)003
		Versión: 2
		may. 20
		1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								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	Odonotgia	Fatiga y Adnania	¿Trabaja en otra entidad?		
2020-07-14	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-14	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAANDOS	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
2020-07-23	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-23	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-23	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-23	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-23	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-23	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	

6.1.6 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)								
				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
17-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	
17-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	35.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	
23-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	
23-07-2020	Mery Camelo	Aux Administrat	Linea de F	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 018000910302



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Jersalud												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
17/07/20	Armando D.	Medico	C.S	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/07/20	Armando D.	Medico	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22/07/20	Armando D.	Medico	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23/07/20	Armando D.	Medico	C.E.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Jersalud												
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
17/07/20	Diana G.	Enferm.	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/07/20	Diana G.	Enferm.	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22/07/20	Diana G.	Enferm.	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23/07/20	Diana G.	Enferm.	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 15 de Julio del 2020
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Dirección y Apoyo a la Gestión
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Asesoría Jurídica
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Planeación y Presupuesto
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Evaluación y Auditoría
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Estadística e Informática
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Recursos Humanos
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Servicios
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Infraestructura y Mantenimiento
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Logística y Suministros
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Organización
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Promoción y Difusión
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Relaciones Institucionales
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Relaciones Públicas
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Seguridad
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Sistemas de Información
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Supervisión y Control
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Transparencia y Acceso a la Información
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Calidad
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Riesgos
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Recursos Materiales
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Recursos Financieros
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Recursos Humanos
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Servicios
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Infraestructura y Mantenimiento
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Logística y Suministros
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Organización
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Promoción y Difusión
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Relaciones Institucionales
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Relaciones Públicas
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Seguridad
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Sistemas de Información
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Supervisión y Control
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Transparencia y Acceso a la Información
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Calidad
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Riesgos
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Recursos Materiales
 Unidad Central Operativa, Oficina General de Gestión de Recursos Financieros



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				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	Ondalugia	Fatiga y Adinamia		
11-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-7-20	Fanny Carced	Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guatemala

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003	
											Versión: 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				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	Ondalugia	Fatiga y Adinamia		
17/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	37.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Yoly Muñoz	Aux. Administrativo	Linea de frente	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333
VIGILADO



Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FICHA003
		Versión: 2
		May 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apique)									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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 40	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27/07/20	Melissa Pupo Mazon	Medico General	Consultorio 401	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FICHA003
		Versión: 2
		May 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apique)									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	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
17/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Calle Conde de Superhuanca 01000010033
VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES										FIGA003
											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	Odínalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
10/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
10/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
10/07/2020	FLOR IABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 37.2	NO	NO	NO	NO	NO	Barcel
10/07/2020	FLOR IABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Barcel
10/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Vaica
10/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vaica
10/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
10/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
11/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
11/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
13/07/2020	FLOR IABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 38.6	NO	NO	NO	NO	NO	Barcel
13/07/2020	FLOR IABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Barcel
13/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Vaica
13/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vaica
13/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar
14/07/2020	DEBY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Chic/Bar

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



Jersalud FIGA003
Versión 2
May-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								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	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
14/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
14/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
14/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
14/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
14/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (37.1)	NO	NO	NO	NO	NO	Yacinto
14/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (36.2)	NO	NO	NO	NO	NO	Yacinto
14/07/2020	DEBY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.4	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
14/07/2020	DEBY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.8	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
15/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
15/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.0	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
15/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
15/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 37.0	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
15/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (36.3)	NO	NO	NO	NO	NO	Yacinto
15/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO (36.4)	NO	NO	NO	NO	NO	Yacinto
15/07/2020	DEBY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
15/07/2020	DEBY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.1	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce

Jersalud FIGA003
Versión 2
May-20
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								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	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
16/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
16/07/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	NO 36.9	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
16/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
16/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	NO 36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel
16/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	—
16/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	—
16/07/2020	DEBY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.2	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce
16/07/2020	DEBY LIDIANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO 36.6	NO	NO	NO	NO	NO	de/luce

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910303
 Linea Correo Electrónico: 01 8000 910303
VIGILADO



6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta
6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
UNIDAD: Villavicencio												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Designación	Está correctamente vacunado contra el dengue, Zika o Chikungunya?	Ha tenido contacto estrecho con una persona enferma por nuevo caso de dengue?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en alta calidad?	Firma del trabajador
23/07/20	Sandra Paredes	P. Calidad	Admin	NO	NO	36.9	SI	NO	SI	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Aura Londono	Analista SST	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Harley Bonilla	Asistente IT	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Hugo Reina	Ingeniero	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Karen Melo	Jefe Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Orlando Navarro	Anestesiólogo	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Joseca Carron	Asistente adm	Admin	NO	NO	36.7	R	NO	SI	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Juan Camilo Bonta	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/07/20	Yamile Saboga	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/07/20	Amanda Tunjano	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Maria Camila Gomez	Odonatologa	Asistencia	NO	SI	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Cinca Karina Arango	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Blass Barreto	Medico Pediatra	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
UNIDAD: Villavicencio												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Designación	Está correctamente vacunado contra el dengue, Zika o Chikungunya?	Ha tenido contacto estrecho con una persona enferma por nuevo caso de dengue?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oloro nasal	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en alta calidad?	Firma del trabajador
22/07/20	Karen Melo	Jefe Talento H.	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Maria Jose Bonilla	Aux. Talento H.	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Laura Pinto	Aprendiz Sena	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Amanda Tunjano	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Juan Camilo Romero	Medico General	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/07/20	Yamile Saboga	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/07/20	Flore Alba Castro	Odonatologa	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Luz Day Ramirez	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
22/07/20	Omar Avila	Medico Psiquiatra	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/07/20	Johana Orrego	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Wendy Gaitan	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Sebastian Talla	Aux facturac.	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Christina Gomez	Medico	Asistencia	NO	SI	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/07/20	Jessica Cardona	Medico	Asistencia	NO	SI	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Cesar Garcia	M. familiar	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Rafaela Camargo	Ambiente fisico		NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Flore Alba Castro	Odonatologa	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Mirella Morales	Aux odontologa	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Nely Sandra Alvarado	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Greya Jetter	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Freda Galindo	Jefe enfermeria	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Orna Villalobos	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/20	Orany Duarte	Gerente	Adminis.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

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



(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está correctamente vacunado contra el sarampión o sarampión/sarampión	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Verificar síntomas (Marcar con una X los valores que aplican)					¿Trabaja en otro estable?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia		
21/07/20	Johana Urrego	Ambiente Básico	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Johana U.P.
21/07/20	Carla Kuncra Arango	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Carla Arango
21/07/20	Blass Barreto	Médico Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Blass Barreto
21/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Sanchez
21/07/20	Sebastian Fallo	Aux. Factuación	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Fallo
21/07/20	Darwin Gomez	Médico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Darwin Gomez
21/07/20	Wendy Guiton	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy Guiton
21/07/20	Jovanna Córdoba	Médico	Asistencial	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jovanna Córdoba
21/07/20	Gianna Arango	Médico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gianna Arango
21/07/20	Marcela Morales	Asa Obstetricia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
21/07/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Sanchez
21/07/20	Camila Gómez	Obstetricia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Camila Gómez
21/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
21/07/20	Marlene Rivera	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Marlene Rivera
21/07/20	Greca Teller	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Greca Teller
21/07/20	Olivia Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia Villalobos
21/07/20	Miguel Reina	Aux. Soporte	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Reina
21/07/20	Sandra Perabato	Prof. Calidad	Admon	SI	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Perabato
21/07/20	Soledad Linares	Coor. Sede	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad Linares
21/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diany Duarte
21/07/20	Jessica Cañan	Aux. Admon	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Cañan
21/07/20	Victor Navarro	Anal. Factuación	Admon	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro
21/07/20	Aura Landrau	Anal. S.S.-T	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	SI	NO	NO	Aura Landrau

(Jersalud) FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está correctamente vacunado contra el sarampión o sarampión/sarampión	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Verificar síntomas (Marcar con una X los valores que aplican)					¿Trabaja en otro estable?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otitis	Fatiga y Adinamia		
21/07/20	Liliana Chacon	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon
21/07/20	Alexandria Parra	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandria Parra
21/07/20	Catherine Chingote	Aux. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Catherine Chingote
21/07/20	Ruth Mary Baquer	Jefe Enfermería	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	SI	NO	NO	Ruth Mary Baquer
21/07/20	Marlene Rivera	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Marlene Rivera
21/07/20	Jenny Gutierrez	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny Gutierrez
21/07/20	Paola Andrea Gallo	Jefe Enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Andrea Gallo
21/07/20	Olivia Villalobos	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia Villalobos
21/07/20	Greca Teller	Aux. Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Greca Teller
21/07/20	Sandra Perabato	Jefe Calidad	Admon	SI	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Perabato
21/07/20	Soledad Linares	Coor. Asistencial	Admon	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad Linares
21/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diany Duarte
21/07/20	Miguel Reina	Ingeniero Soporte	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Reina
21/07/20	Victor Navarro	Analista Factuación	Admon	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro
21/07/20	Jessica Cañan	Asistente Admon	Admon	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica Cañan
21/07/20	Maria Jose Bonilla	Asistente TH	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Jose Bonilla
21/07/20	Karin Melo	Coor. Admon	Admon	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Karin Melo
21/07/20	Laura Pinto	Aprendiz SEVA	Admon	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Laura Pinto
21/07/20	Aura Landrau	Analista SST	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Landrau
21/07/20	Juan Camilo Portes	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo Portes
21/07/20	Yamile Salazar	Médico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Salazar
21/07/20	Mónica Gabriela Gomez	Obstetricia	Asistencial	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Mónica Gabriela Gomez
21/07/20	Luz Dany Ramirez	Ambiente Básico	Asistencial	NO	SI	36.3	SI	NO	SI	NO	NO	Luz Dany Ramirez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Luz Dany Ramirez, 09800970383



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											SIGNADOS	
											Fecha: 7/07/20	
											Hoja: 01	
											TPE: 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está vacunado/a contra la gripe A/H3N2 o contra la gripe A/B (Influenza A/B)	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por serología por nuevo colonizador	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una entidad?	Fecha del Funcionamiento
21/07/20	Diany Duarte	Gerente	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Diany Duarte
21/07/20	Jessica Carion	Aux. Admon	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Jessica Carion
21/07/20	Victor Navarro	Aux. Facturacion	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Victor Navarro
21/07/20	Aura bacario	Aux. S.S.T	Admon	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Aura bacario
21/07/20	Maria Bonilla	Aux. Toleto H	Admon	No	No	36.4	No	No	No	No	No	Maria Bonilla
21/07/20	Greia Teller	Aux. Examen	Asistencia	No	No	36.2	No	No	No	No	No	Greia Teller
21/07/20	Karen Mab	Sepe T.H	Admon	No	No	36.3	No	No	No	No	No	Karen Mab
21/07/20	Jaura Pinto	Aprendiz Sero	Admon	No	No	36.5	No	No	No	No	No	Jaura Pinto
21/07/20	Juan Camilo Rentes	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo Rentes
21/07/20	Geniles Sotogal	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Geniles Sotogal
21/07/20	Flore Alba Castro	Odonatologa	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Alba Castro
21/07/20	Thiana Urrego	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Thiana Urrego
21/07/20	Patricia Camargo	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	SI	NO	NO	Patricia Camargo
21/07/20	Windy Garcia	Auxiliar Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Garcia
21/07/20	Jose Adolfo Romero	Psicologo	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	Jose Adolfo Romero
21/07/20	Sebastian Tella	Aux. Facturacion	Admon	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Tella
21/07/20	Darwin Gomez	Medico General	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Darwin Gomez
21/07/20	Souana Corcho	Medico General	Asistencia	NO	SI	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Souana Corcho
21/07/20	Cesar Guerrero	Medico Familiar	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
21/07/20	Patricia Camargo	Ambiente fisico	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo
21/07/20	Flore Alba Castro	Odonatologa	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Flore Alba Castro
21/07/20	Marcela Morales	Aux. Odontologa	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
21/07/20	Mery Romero	Aux. laboratorio	Asistencia	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Mery Romero

6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											SIGNADOS	
											Fecha: 21/07/2020	
											Hoja: 01	
											TPE: 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está vacunado/a contra la gripe A/H3N2 o contra la gripe A/B (Influenza A/B)	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por serología por nuevo colonizador	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una entidad?	Fecha del Funcionamiento
21/07/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIARIA ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Esperanza Guerrero
21/07/2020	OLINDA MURIEL	AUXILIARIA ADMINISTRATIVA	LINIA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Olinda Muriel
21/07/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIARIA DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Sanchez
21/07/2020	CAROL BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Carol Barron
21/07/2020	HERNAN BAYOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	Hernan Bayos
21/07/2020	MARINA CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Marina Castro
21/07/2020	ANEXIA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Anexia Santos
21/07/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HEMIESTA DENTAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra Cardenas
21/07/2020	GRACY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	Gracy Zamora
21/07/2020	JANIS HERRERA	RECIENEFARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Janis Herrera
21/07/2020	SOMIA BONDICARIZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Somia Bondicariz
21/07/2020	SUZALBA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Suzalba Rodriguez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad de Gestión Operativa - Sede Central - Oficina de Bioseguridad
 Calle Colombia No. 100, Bogotá D.C.
 Teléfono: 01 (800) 919333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA003	
											Versión: 1	
											06-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está ocasionalmente medicándose o vacunándose?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del Encargado
22/7/2020	ESTERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/7/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA OMI	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	SONIA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FORMA003	
											Versión: 1	
											06-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está ocasionalmente medicándose o vacunándose?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odispepsia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra empresa?	Firma del Encargado
23/7/2020	ESTERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	DIEGO BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/7/2020	MARIBEL CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	ALEJANDRA CARDENAS	HIGIENISTA OMI	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLÓGICA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	SONIA RODRIGUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											F(GD)003 Versión: 1 jul-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar entomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
24/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	DINCO BARDIN	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
24/7/2020	MARIAN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA GIBAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	SHRECK CANCIMA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	JANIS HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	SIBBA BONDOLIEZ	AUL DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24/7/2020	GUACALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											F(GD)003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar entomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
23/07/2020	Nehora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23/07/2020	Inna Mendeliza Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/07/2020	Haidivy Romero Beltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
23/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
 VIGILADO



Jersalud												F(GAA)003	
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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario	
					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?		
21/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/07/2020	Haidivy Romero Baltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
21/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

Jersalud												F(GAA)003	
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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario	
					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?		
22/07/2020	Nohora Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/07/2020	Haidivy Romero Baltran	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
22/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

Jersalud												F(GAA)003	
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	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario	
					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?		
06-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
07-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
08-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
09-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
10-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
13-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
14-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
21-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
22-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-07-20	Sandra Patro	Enferm	PPP	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Ingreso

FORMA 003
Versión 2
04/2018
1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	El EPP es adecuado, apropiado y utilizado correctamente	El trabajo requiere el uso de EPP para protegerse de riesgos de salud	Temperatura ambiente	Tos	Deposito Respiratorio	Otorrrea	Fiebre y Adenopatía	Tratado en una clínica	Prueba de laboratorio
18.07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18.07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18.07	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Karen Ilieth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sandra Izquierdo	Odonatologia	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18.07	Maria Hatalla Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	—	—	—	NO	—	—	—	—	—
	Jenny Johana Rincon Hocus	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	—	—	—	—	—	—	—
18.07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18.07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Ingreso

FORMA 003
Versión 2
04/2018
1 DE 1

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	El EPP es adecuado, apropiado y utilizado correctamente	El trabajo requiere el uso de EPP para protegerse de riesgos de salud	Temperatura ambiente	Tos	Deposito Respiratorio	Otorrrea	Fiebre y Adenopatía	Tratado en una clínica	Prueba de laboratorio
18.07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18.07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18.07	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18.07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	37.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Karen Ilieth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Lilibeth Cruz	Pediatría	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sandra Izquierdo	Odonatologia	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18.07	Maria Hatalla Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Jenny Johana Rincon Hocus	Auxiliar Administrativa	Administrativo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18.07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18.07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0180001910302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra la gripe A (H1N1) o influenza?	¿Ha tenido contacto reciente con personas enfermas de gripe A (H1N1) o influenza?	Temperatura T_{36}	Tos	Dolor de garganta	Dolor de cabeza	Fatiga y malestar	Erupción de la piel	Pruebas de laboratorio
21-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilibeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas Solano	Ginecologia	Asistencial									
21-07	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
21-07	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
21-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	AM
21-07	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra la gripe A (H1N1) o influenza?	¿Ha tenido contacto reciente con personas enfermas de gripe A (H1N1) o influenza?	Temperatura T_{36}	Tos	Dolor de garganta	Dolor de cabeza	Fatiga y malestar	Erupción de la piel	Pruebas de laboratorio
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	34.3	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilibeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas Solano	Ginecologia	Asistencial									
	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial									
	Milbany Carolina Sarmento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
21-07	María Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	AM
21-07	Arllyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
21-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Correo Nacional: 01800010303



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Ha consultado a un especialista o a un médico general?	¿Ha recibido atención médica o farmacológica por enfermedad?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Disnea o Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una sala de espera?	Firma del Trabajador
22-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	Asistencial									
22-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	Asistencial									
22-07	Henry Dario Uva	Médico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Médico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
22-07	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
22-07	Elisbeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
22-07	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Sandra Izquierdo	Odonatología	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Milbany Carolina Sacramento	Auxiliar de enfermería	Asistencial									
22-07	Maria Hatalla Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Doralba Pregonero	Ambiente físico	Asistencial									
22-07	Carlos Valencia	Oral boutique. Odontolog	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Ha consultado a un especialista o a un médico general?	¿Ha recibido atención médica o farmacológica por enfermedad?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Disnea o Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en una sala de espera?	Firma del Trabajador
22-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	Asistencial	NO	NO	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Henry Dario Uva	Médico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Médico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Karen Elizabeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Elisbeth Cruz	Pediatra	Asistencial	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Sandra Izquierdo	Odonatología	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Milbany Carolina Sacramento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Maria Hatalla Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	33.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Jenny Johana Rincon Hocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	33.5	NO	NO	NO	NO	NO	
22-07	Doralba Pregonero	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO							
22-07	Carlos Valencia	Odontolog	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.
 Línea Corredor Nacional: 018000190303

VIGILADO



Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

F(GD)003
Versión 2
may 20
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Verificación Jersalud (Marcar con una X los valores que aplican)										
				Es el personal de salud (Medicinas, enfermería o psicología)	Ha recibido capacitación con caso controlado por el laboratorio por nueva evidencia	Es mayor de 35 años	Es	Dispositivo Respiratorio	Odontología	Exposición Ambiental	Exposición a ruido	Exposición a vibración		
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial											
23-07	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	39,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	51	NO	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial									51		
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial											
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologo	Asistencial	NO	NO	34,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36,2						51	NO	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial											
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial											
	Elizbeth Cruz	Pediatría	Asistencial											
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial											
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial											
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial											
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial											
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial			36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Hlocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23-07	Caritas Valencio	Odontólogo	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



6.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTES SINTOMAS COVID 19- JERSALUD SAS PLATAFORMA ALISSTA											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:36:36	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:39:44	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:40:07	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:41:34	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	ÓSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:04:29	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:07:12	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:07:38	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:07:47	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:11:42	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:14:17	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 09:48:51	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:00:46	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:30:02	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:30:59	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:31:12	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:31:28	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	17/07/2020 13:51:03	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
ECOOPSOS	JERSALUD SAS	17/07/2020 14:02:53	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 14:04:35	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 14:10:20	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:21:10	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:22:03	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:25:35	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/07/2020 12:18:52	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 05:24:06	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 06:00:41	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 09:37:09	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 17:30:01	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:44:43	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 15:10:58	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 15:18:11	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:25:20	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:10:49	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 12:27:56	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 13:01:34	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 06:46:24	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 13:16:19	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 13:44:40	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:08:41	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:12:53	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:53:41	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 11:32:02	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/07/2020 11:37:40	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 11:51:01	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/07/2020 09:04:08	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 14:50:17	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/07/2020 14:51:52	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:07:37	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	17/07/2020 19:52:55	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:57:37	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/07/2020 12:02:50	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/07/2020 12:09:51	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:13:12	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:15:19	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:16:31	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/07/2020 13:13:56	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:31:24	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:07:07	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:09:52	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 09:05:04	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:18:27	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	17/07/2020 10:49:03	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/07/2020 09:27:03	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 09:27:55	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 17:55:35	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 10:46:34	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

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



“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 Julio**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:01:24	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:01:47	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:25:59	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/07/2020 18:23:59	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/07/2020 18:24:40	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/07/2020 11:28:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	17/07/2020 07:07:26	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 16:38:38	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 08:12:28	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 08:25:07	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/07/2020 13:15:06	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/07/2020 13:29:34	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	18/07/2020 13:45:55	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/07/2020 19:10:08	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:40:56	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/07/2020 07:51:13	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/07/2020 08:05:24	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/07/2020 08:05:29	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:26:16	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 11:03:19	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 23:06:22	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	20/07/2020 06:14:54	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 10:01:04	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/07/2020 12:09:28	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	20/07/2020 12:11:41	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/07/2020 12:12:13	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 12:25:53	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 12:40:56	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/07/2020 12:57:49	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/07/2020 19:22:44	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 20:50:33	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	18/07/2020 21:13:11	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/07/2020 21:03:37	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/07/2020 22:10:56	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	18/07/2020 16:05:09	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	19/07/2020 16:42:59	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910302

www.jersalud.com



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/07/2020 16:44:48	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/07/2020 21:45:32	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 18:31:40	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	17/07/2020 18:38:32	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	17/07/2020 18:44:44	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 08:39:25	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	19/07/2020 08:09:00	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/07/2020 08:17:18	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGHEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/07/2020 11:53:08	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 07:06:29	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	19/07/2020 12:09:07	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/07/2020 07:11:46	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 07:12:16	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 07:21:18	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	19/07/2020 19:33:14	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/07/2020 19:45:08	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	19/07/2020 20:23:59	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/07/2020 06:08:54	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/07/2020 08:52:15	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/07/2020 16:01:16	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/07/2020 16:53:27	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 07:47:49	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/07/2020 08:57:03	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	17/07/2020 15:57:33	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 08:32:49	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/07/2020 08:35:08	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:40:39	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:40:46	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:41:50	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:18:48	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/07/2020 07:58:42	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGHEY	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	21/07/2020 08:57:08	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:00:35	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:00:40	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGHEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/07/2020 20:00:32	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	20/07/2020 20:21:13	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 08:15:20	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 08:20:18	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	20/07/2020 22:51:59	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:30:40	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:31:54	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:32:38	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	20/07/2020 13:06:39	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 07:30:13	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:22:56	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:26:17	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	18/07/2020 11:02:01	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	19/07/2020 10:16:55	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	19/07/2020 11:10:46	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:46:47	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	20/07/2020 09:01:46	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 06:34:50	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:50:01	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 16:42:43	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:50:01	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:51:31	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:51:41	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:53:19	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:40:47	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:45:34	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 17:12:11	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 17:14:33	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:12:14	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 20:00:42	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 20:09:32	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:37:21	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:26:39	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 17:40:56	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 17:52:30	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	EUIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:11:23	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:20:41	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:02:58	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:05:05	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:05:19	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:02:58	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 15:54:24	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:20:40	CC	1121914029	VELASQUEZ	LOPEZ	ROSELL	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:22:07	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 06:30:20	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 06:31:02	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 06:37:15	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/07/2020 06:41:49	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:05:24	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:06:51	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:07:22	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:07:49	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 17:19:06	CC	1118570378	CEDEL	PATÍÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:31:24	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:33:52	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:35:31	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:45:40	CC	40185140	BAQUERO	MARTINEZ	RUTH	MARY	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 18:07:22	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 18:33:34	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:54:04	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:02:21	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:08:06	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 18:37:57	CC	1054658729	VACCA	SANCHEZ	ANDERSON	DARIO	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:01:46	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:11:56	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:12:38	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:13:30	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 09:03:41	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:57:44	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 10:59:49	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 21:34:58	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 09:37:57	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 16:49:49	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	21/07/2020 16:56:13	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

www.jersalud.com



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



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



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:01:04	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:10:21	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	21/07/2020 15:27:44	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:19:45	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:25:16	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:26:59	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:40:45	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:41:37	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:15:44	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:36:59	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	20/07/2020 00:12:25	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 09:04:56	CC	1121898940	ROIAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 13:22:58	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 13:33:42	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 13:39:03	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/07/2020 13:50:20	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:12:20	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:13:34	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:40:49	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:41:17	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:42:10	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 21:30:11	CC	1001401438	CUELLO	MAUSA	BLADIMIR		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:56:09	CC	1121880489	GUTIERREZ	SIERRA	JENNY	SHIRLEY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 11:43:13	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 11:51:26	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 19:29:58	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:38:29	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:41:22	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:49:10	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:02:50	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 05:12:20	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 10:55:22	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 18:36:53	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 18:45:22	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 11:30:25	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 20:09:35	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	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 Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 20:22:16	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/07/2020 20:55:16	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 16:04:33	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 16:11:52	CC	84455111	PEÑA ARANDA	CABALLERO	HAROLD	GUILLERMO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 16:35:22	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:23:17	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 14:52:48	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:08:51	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:10:48	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:13:45	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/07/2020 08:29:18	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	22/07/2020 15:40:00	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 15:46:27	CC	1121848225	TUNJANO	RODRIGUEZ	AMANDA	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:00:58	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	21/07/2020 16:31:39	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	22/07/2020 09:20:35	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 17:06:11	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:18:04	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 09:23:15	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 09:34:58	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/07/2020 06:47:13	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:26:52	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:02:29	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:02:35	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:43:50	CC	1121930221	CAMACHO	CORDERO	YURLEY		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:47:45	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 13:34:57	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:18:52	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:20:50	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:21:56	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:52:45	CC	40443936	DIAZ	CASTILLO	SANDRA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:56:14	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:56:39	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:57:30	CC	79958924	CLAVIJO	VILLALBA	JORGE	ENRIQUE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:02:47	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:08:52	CC	33367367	ROA	LOPEZ	GILMA	LILIANA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

www.jersalud.com

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303



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



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



CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:10:03	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:10:24	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	21/07/2020 11:43:37	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	22/07/2020 07:48:17	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	22/07/2020 10:06:10	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:03:51	CC	9530770	CARRILLO	LOPEZ	CESAR	AUGUSTO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 06:41:58	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:36:54	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:39:49	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:11:04	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	22/07/2020 18:08:41	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	22/07/2020 18:12:29	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:28:42	CC	1118574733	SOCHA	BARRETO	YORZ	JAKSON	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:45:39	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:03:43	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:05:10	CC	40215448	MENA	REY	FRANCY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:55:47	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	22/07/2020 21:09:28	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:05:28	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/07/2020 11:18:59	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:11:07	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:12:00	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:14:34	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:17:30	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:32:01	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:36:09	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:36:35	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 16:10:05	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:17:54	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:21:09	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:22:37	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:27:45	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:43:51	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S.SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:49:42	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:52:41	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S.S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 15:04:36	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

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

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 Julio**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:22:33	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 12:33:48	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 12:41:29	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:40:58	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 09:40:00	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 08:31:10	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:34:50	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 13:39:31	CC	24167247	FAJARDO	SERRANO	ANGELA	DORELLY	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:31:33	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:44:10	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:44:50	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 14:48:50	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:18:43	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 15:29:43	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 15:36:16	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 15:17:38	CC	1121848225	TUNJANO	RODRIGUEZ	AMANDA	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 16:17:19	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 16:27:37	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 16:34:38	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:23:32	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	23/07/2020 07:26:23	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 17:23:56	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 17:39:23	CC	47441197	GONZALEZ	CUEVAS	YSELLA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:26:45	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:27:07	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 10:27:14	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	23/07/2020 18:30:40	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 18:49:33	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	23/07/2020 18:57:31	CC	40329336	ORTIZ		YENI	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303

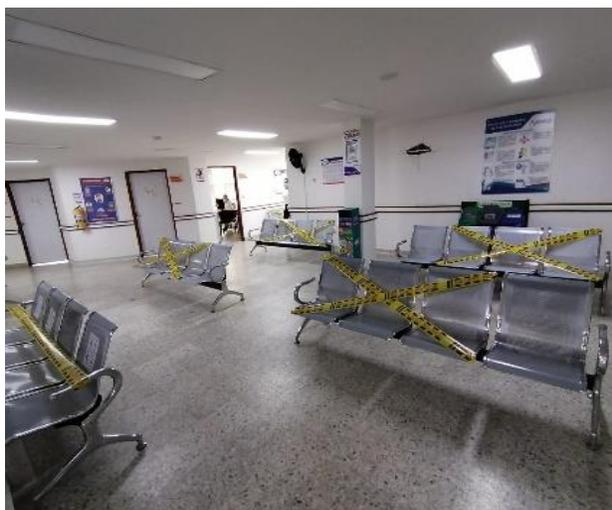
www.jersalud.com



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



6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad



www.jersalud.com







7. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

7.1 Inventario EPP

7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 23 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS DUITAMA	120	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 300 TALLA S 500	120	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	89	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M - 500	70	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	160	15	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	250	TALLA M - 400	180	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	200	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	210	TALLA M 800	70	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	70	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA S - 100	70	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	70	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA M 130	50	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	70	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA M 150	50	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	70	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA S - 120	50	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	1000	50	5 MONOGAFAS	100	TALLA S = 2000 - TALLA M=1500	1400	100	45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 16 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO								
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN								
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ								
4	JERSALUD SAS - GRANADA								
5	JERSALUD SAS - ACACIAS								



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta



Cotización
 No. C-1-418

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

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

null

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	Ver	7.00	29,500.00	206,500.00
2	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	28,500.00	142,500.00
3	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	Ver	5.00	28,500.00	142,500.00
4	EQ0642439	MICROPORE PIEL 2x 10 YDAS CUREBAND ROLLO	Ver	12.00	5,200.00	62,400.00
5	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	Ver	1.00	4,800.00	4,800.00
					Total Bruto	558,700.00
					Subtotal	558,700.00
					Total a Pagar	558,700.00

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

null

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 0180001910332





Cotización
 No. C-1-419

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

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

null

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

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

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

null

Gerente General
 sumfamedic@hotmail.com
 8748246

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000191033



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

SUMFAMEDIC SAS
Brindamos salud y bienestar

SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS

NIT 901.222.681-7

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

Factura de venta **N°: 2403**

Cliente: JERSALUD SAS YOPAL
Nit: 900.622.551-0
Teléfono: 3213665735
Dirección: CLL 40 23 99
Ciudad: Villavicencio - Colombia
Correo:

Fecha de factura 2020-07-17
Vendedor
Centro de costo 0
Cotización C-1-416

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	50	TERMOMETRO DIGITAL PUNTA RIGIDA UNIDAD	1.00	17,500.00	0 %	0 %	17,500.00
2	EQGASA	GASA ESTERIL 3*3*2 NO TEJIDA ALFASAFE x 50 unds	1.00	11,500.00	0 %	0 %	11,500.00
3	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	4.00	7,310.93	19 %	0 %	34,800.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	50.00	1,900.00	19 %	0 %	113,050.00
5	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	8.00	29,500.00	0 %	0 %	236,000.00
6	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	3.00	2,500.00	0 %	0 %	7,500.00
7	00001084	CINTA CONTROL ESTERILIZACION A VAPOR 3/4 ROLLO STERICLIN	1.00	17,000.00	0 %	0 %	17,000.00

Valor en Letras:
 Cuatrocientos treinta y siete mil trescientos cincuenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-15 por \$ 437,350.00

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

Total Bruto	413,744.00
IVA 19%	23,606.00
Total a Pagar	437,350.00

Elaborado por Sligo S.A.S NIT 830.048.745-8

Firma recibida
 21-07-2020.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18

Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3,5

SUMFAMEDIC SAS
Brindamos salud y bienestar
 NIT 901222681-7
 Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila

Elaborado por

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910393
 Línea Correo Nacional: 018000910393



8. EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

JERSALUD SAS

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 960.811.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.
Bogotá: 336-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Mitobacjanca





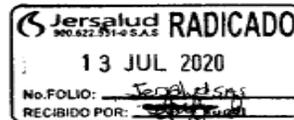
Agradecemos la atención prestada y nos ponemos a su disposición, para continuar sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud de nuestros trabajadores afiliados.

Por su amable atención, gracias.

Cordialmente,

JORGE MAURICIO CONTRERAS
Gerente de Administración del Riesgo

Anexo: Fichas Técnicas de EPP (17 folios)
Elaboro: Andrea González
Reviso: Jorge Mauricio Contreras
Forma de envío: Como certificado



9. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Karen Melo
Jue 11/06/2020 9:31
Para: Analista SST - Aura Londoño: diana.daza@positiva.gov.co
CC: Eliana Araque: Coora Calidad - Sandra Peñalza: asistente@Jersalud - AsistenteTH.Yopajersalud@outlook.com

GPSE21 (3).pdf
690 KB

Buenos días
Señora
DIANA DAZA
ARL-POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la página 11:

10. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con habitaciones de pacientes con COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrica, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral; se enfatiza que debe mantenerse las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si esta es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.
- Para los demás servicios se considera prueba rápida serológica de Anticuerpos IgG/IgM cada mes.**

13.3 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de búsqueda activa:

GRUPO POBLACIONAL	QUIEN REALIZA LA PRUEBA	QUIEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUIEN CUBRE EL COSTO DEL CUIDADO
Pública y Fuerzas militares	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Regimen especial FFATM - Pública	Regimen especial FFATM - Pública
Población prueba de la libertad	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor (público o privado)	Fondo Nacional de Salud de la EPS	Fondo Nacional de Salud de la EPS
Personas en aislamiento por COVID-19, de alta o baja complejidad	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial

Página 12 de 21

Una vez diligenciado este documento se convertirá a copia no controlada. APT/12 - Versión 1

GRUPO POBLACIONAL	QUIEN REALIZA LA PRUEBA	QUIEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUIEN CUBRE EL COSTO DEL CUIDADO
Población hablante de calle	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Población migrante en albergues	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Población indígena	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Otros poblaciones generadas por las entidades territoriales	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en custodia por orden de detención o suspensión por ejemplo, deportación	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en custodia por orden de detención o suspensión por ejemplo, deportación	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en custodia por orden de detención o suspensión por ejemplo, deportación	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	Entidad territorial	Entidad territorial
Trabajadores de la salud	Proveedor de Servicios de Salud o proveedor	ARL	ARL

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de Indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas

Gracias
Karen Emilia Melo
Jefe Administrativa y de Talento Humano
JERSALUD S.A.S
3192751800

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Control Nacional: 018000190303
VIGILADO



LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

D

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>

Vie 12/06/2020 11:41

Para: Karen Melo

CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

Reciba un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.

Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera
Ejecutivo integral de servicios
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA
Celular: 3222503336

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>

https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg
https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg

10. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19



Analista SST - Aura Londoño

Mié 08/07/2020 17:06

Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo

CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

Aura Cristina Londoño Dueñas

Analista SST

Sucursal Villavicencio

Cel. 320 2775564

Correo: analistasst.meta@jersalud.com



Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

...

Responder | Responder a todos | Reenviar



11. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

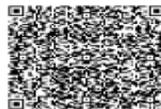


ACUSE RECIBIDO

Positiva Compañía de Seguros S.A., acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



12. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: piedad.angarita@boyaca.gov.co <piedad.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com <prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

Mónica Salamanca R.

Profesional de Garantía de la Calidad.

Jersalud S.A.S Boyacá.





M(GAA)001 PLAN DE CONTI...
7 MB



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...
1015 KB

2 archivos adjuntos (8 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Mónica Salamanca R.
Profesional de Garantía de la Calidad.
Jersalud S.A.S Boyacá.



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario o quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y destruirlo de su sistema.



Alcaldía Mayor de Tunja
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginec Obstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Lina Johana Hernández Acevedo
Revisó: Lucy Esperanza Rodríguez Pérez



mipg

SC - CER432975

NIT. 891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccionsocial@tunja.gov.co

www.tunja-boyaca.gov.co



12.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

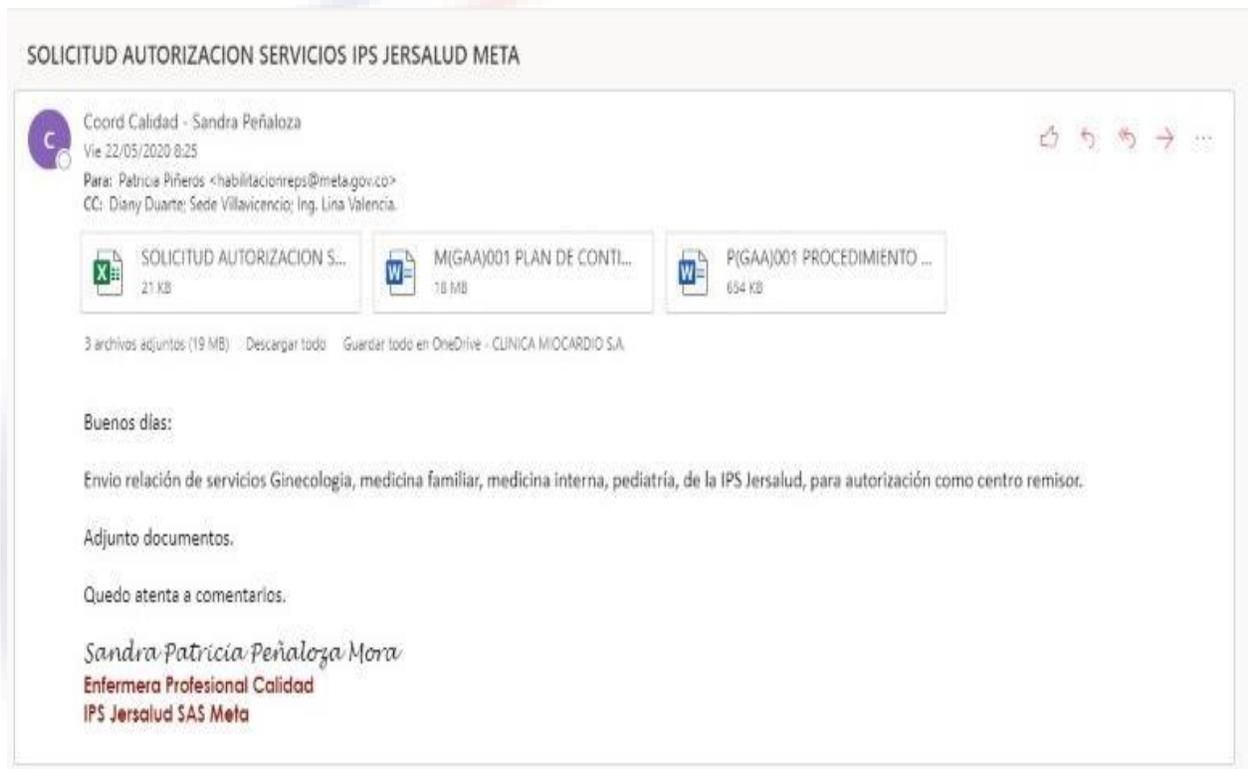
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

Sandra Patricia Peñaloza Mora
Enfermera Profesional Calidad
IPS Jersalud SAS Meta



12.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

De: CoorCalidad.Yopal Jersalud
Enviado: miércoles, 29 de abril de 2020 15:36
Para: regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>
Asunto: PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.
Agradezco atención prestada quedo atenta.

KAREN LIZETH SOLANO AYALA
Profesional de Calidad
Sede Yopal-Casanare
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

AUTOEVALUACION CASANARE

📎 8 ▼ 📧



CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>
Tue 14/05/2020 18:56
Para: sivilayopal@gmail.com **y 3 más**
CC: Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com **y 2 más**



202005141548 ACTA LAVADO...
39 KB



Autoevaluación Casanare.xlsx
191 KB



23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...
72 KB

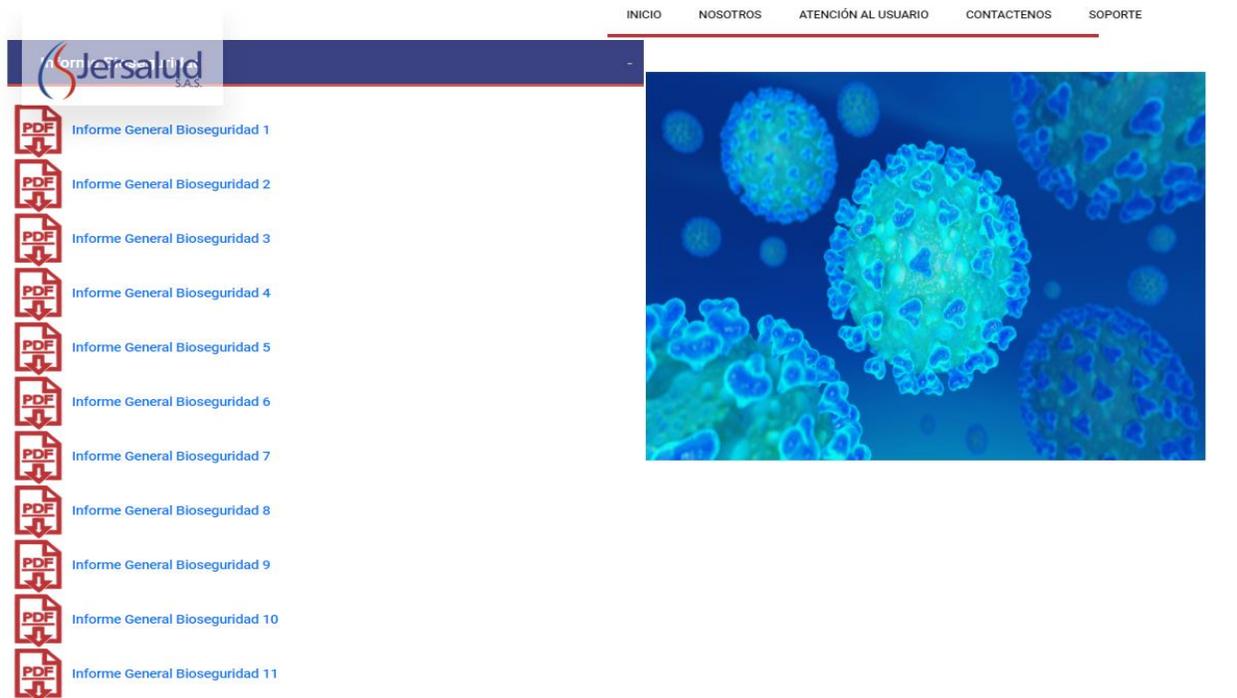


26 ACTO DE CONFORMACIO...
73 KB



13. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

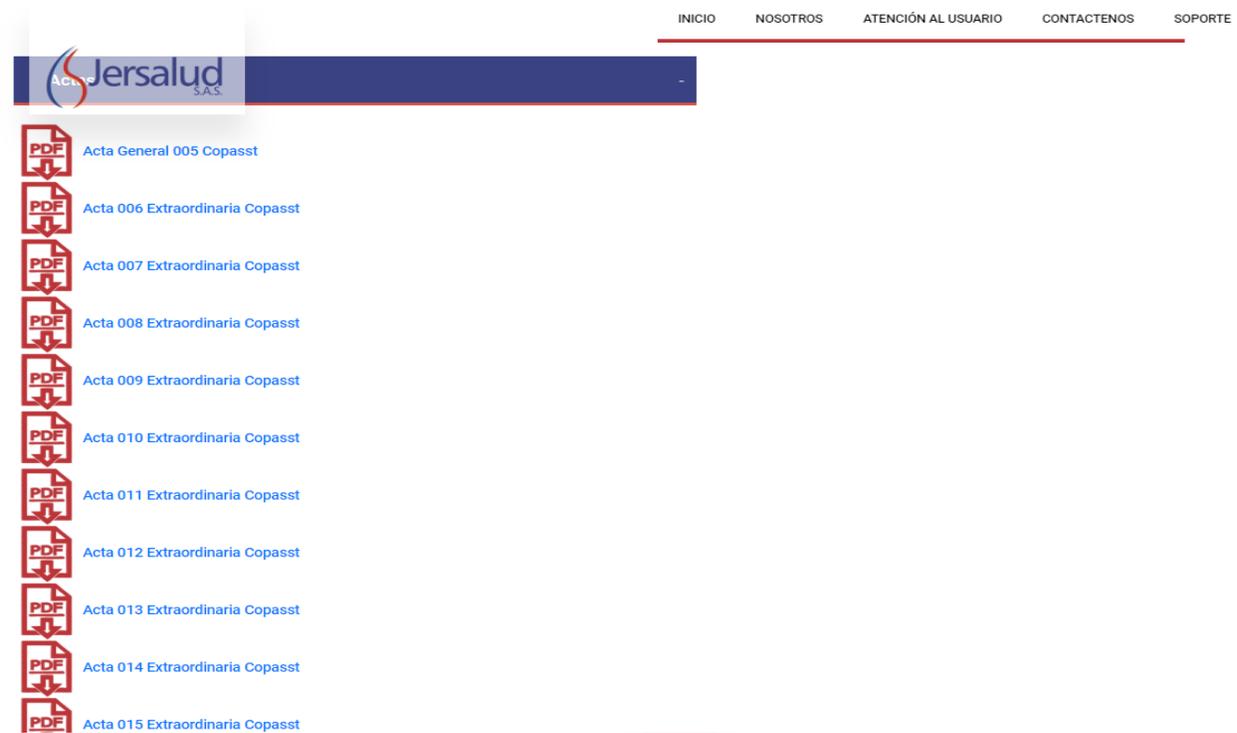
12.1 Evidencia publicación en página Web



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE

Jersalud S.A.S.

-  Informe General Bioseguridad 1
-  Informe General Bioseguridad 2
-  Informe General Bioseguridad 3
-  Informe General Bioseguridad 4
-  Informe General Bioseguridad 5
-  Informe General Bioseguridad 6
-  Informe General Bioseguridad 7
-  Informe General Bioseguridad 8
-  Informe General Bioseguridad 9
-  Informe General Bioseguridad 10
-  Informe General Bioseguridad 11



INICIO NOSOTROS ATENCIÓN AL USUARIO CONTACTENOS SOPORTE

Jersalud S.A.S.

-  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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Consulta Nacional: 0180001910332



12.2 Link de publicación Informes Pagina Web Jersalud

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

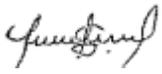
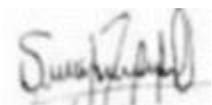
<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

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	

www.jersalud.com



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	

